

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

**ALTMİŞ YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA  
GÜNLÜK ENSTRÜMENTAL AKTİVİTELERİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. AYFER ŞAHİN**

**UZMANLIK TEZİ**

**ANKARA-2011**

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

**ALTMİŞ YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA  
GÜNLÜK ENSTRÜMENTAL AKTİVİTELERİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. AYFER ŞAHİN**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Doç. Dr. OĞUZ TEKİN**

**ANKARA-2011**

## TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimimde ve tezimin hazırlanmasında büyük emeği geçen Anabilim Dalı Başkanı ve tez danışmanım Doç. Dr. Oğuz Tekin'e, tezimin hazırlanmasında yardımını esirgemeyen Uzm. Dr. İrfan Şencan'a, asistanlığım süresince desteğini yanımda hissettiğim Doç. Dr. Sevsen Cebeci 'ye, eğitimime katkıda bulunan Doç. Dr. Adem Özkara'ya, Doç. Dr. Bünyamin Işık'a, tezimin düzenlenmesinde büyük katkıları olan Prof. Dr. Mansur Tatlı'ya, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. F. Cansel Türkay'a, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Aziz Polat'a, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nilgün Turhan'a, Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. N. Cenap Dener'e, Doç. Dr. Aydın İnan'a ve anabilim dallarındaki diğer hocalarıma,

Rotasyon yaptığım bölümlerdeki tüm Öğretim Üyeleri ve Uzmanlara,

Bütün asistan arkadaşlarıma,

Meslektaşım ve dostum Dr. Şeyda Kunt'a en zor anlarımda yanımda olduğun için,

Sabır ve desteklerini yanımda hissettiğim sevgili eşime ve oğlum Abdülaziz'e,

Ve bana koşulsuzca verdikleri emekleri için canım annem ve babama,

Teşekkür ederim.

Aralık 2011

Dr. Ayfer Şahin

## ÖZET

**Tezin Amacı:** Yaşlı hastanın değerlendirilmesinde fonksiyonel kısıtlılık, önemlidir. Araştırmamızda 60 yaş üstü hastaların günlük enstrümental aktivitelerini değerlendirerek, kişilerin bu özellikli olan döneme uyumlarının artırılmasını amaçladık.

**Materyal ve metot:** Ocak 2008-2009 tarihleri arasında, Ankara’da bulunan Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nin Pursaklar Polikliniğindeki Aile Hekimliği Ünitesine başvuran 60 yaş ve üstü hastalar çalışmamıza alındı. Araştırmayı kabul eden 101 hastanın, cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumları, evde kaç kişi yaşadıkları, engelli olup olmadıkları, duyma ve görme problemleri, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar anamnezde sorgulandı. Hastaların kognitif fonksiyonları “Mini Mental Test Skoru” (SMMT) ile; duyu durumları “Geriatrik Depresyon Skalası” (GDS) ile; ve fonksiyonel yeterlilikleri “Lawton’ın Günlük Enstrümental Aktivite Ölçeği” (EGYA) ile değerlendirildi.

**Sonuçlar:** Çalışmamızda yaşlı bireylerin günlük enstrümental aktivitelerini Lawton skorlaması ile değerlendirdik. Bu skorlamada bulunan her bir aktiviteyle ilgili olabilecek bağımsız değişkenleri tespit ettik. Aktivitelerin bağımsız değişkenlerle ilişkilerini çok yönlü korelasyon analizi ile değerlendirdik. Araştırmamızın sonunda enstrümental aktivitelerdeki bağımlılıkların, *artan yaşla, bayan cinsiyetle, okur-yazarlık durumu, eğitim yılı, mini mental test skorlamasındaki düşme ile ve kronik hastalıklardan hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve ağrılı osteoartrit gibi faktörlerden etkilendiğini* bulduk. Çalışma sonuçları, yaşlı nüfusun artması nedeniyle ülkelerin, bu alanda uygun sağlık politikalarının ve planlamalarının yapılması açısından önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Günlük yaşam aktivitesi, yaşlanma, adaptasyon, fizyolojik, sağlıklı insan programı

## **İNGİLİZCE ÖZET (Abstract)**

### **ASSESSMENT OF DAILY INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF PATIENTS AT SIXTY AGE AND OLDER**

#### **Purpose :**

Functional restrictions are important in evaluating elderly patients. In our research we have aimed to evaluate daily instrumental activities of patients over the age of sixty and how to increase their adaptation to this special period.

#### **Material And Method:**

Patients who applied to our Family Practice Unit of the University of Fatih in Pursaklar, Ankara have been admitted to our study. Those 101 patient who accepted our study have been questioned according to their age, gender, education, household population, disability, vision impairment, hearing problems, chronic illnesses, medicine they take, medical history. Patient's cognitive functions, Mini Mental Test Score, their emotional status, Geriatric Depression Scale, and their functional independence have been evaluated according to Lawton's Daily Instrumental Activity Scale.

**Findings:** In this study, we demonstrated independent variants on each activity according to Lawton's Scale which measures elderly people daily instrumental activities. We have evaluated the relation between the independent variants and activities using Multifunction Correlation Analysis. As a result of our research we have found that instrumental activities with increased age, gender, educational level, low Mini Mental Test Score, chronic diseases such as hypertension, obstructive Lung Disease and Painful osteoarthritis.

**Conclusion:** Societies are getting older and thus findings are important in terms of making appropriate health policies and planing

**Key Words:** Activities of Daily Living, Aged, Adaptation, Physiological, Healthy People Programs,

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET .....	ii
İNGİLİZCE ÖZET (Abstract) .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	vi
ŞEKİL ve TABLOLAR.....	vii
KISALTMALAR.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Tarihsel Süreçte Yaşlanma .....	4
2.2. Yaşlılık Nedir?.....	6
2.3. Yaşlanan Toplum.....	8
2.3.1. Dünyada yaşlılık .....	10
2.3.2. Türkiye’de yaşlılık.....	13
2.4. Yaşlanan Kadın.....	17
2.5. Yaşlanan Erkek .....	20
2.6. Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesi .....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA .....	61
6. SONUÇLAR.....	77
7. KAYNAKLAR .....	79
8. EKLER.....	90



## ŞEKİL ve TABLOLAR

Sekil 1. 2002 – 2050 Dünya Yaşlanma Haritası.....	9
Şekil 2. Dünya nüfusunun gelişmişlik ve Kentsel ve kırsal alan faktörlerine göre yapılmış nüfus piramidi.....	12
Şekil 3. Dünya 60 yaş üstü nüfusun 1950-2050 yılları projeksiyonu.....	12
Şekil 4. Türkiye’de yıllara göre yaşlı nüfus yüzdesi.....	13
Şekil 5. Kadın ve Erkeklerde beklenen yaşam süresi .....	14
Şekil 6. Yaş grubu ve Cinsiyete göre nüfus ortalaması.....	14
Şekil 7. Kaba doğum ve ölüm hızının karşılaştırılması.....	15
Şekil 8. Yaş Piramitleri Türkiye 1935, 2000, 2020, 2050.....	16
Şekil 9. Bireysel fonksiyonların yaşla ilişkili çizelgesi.....	24
Şekil 10. Cinsiyet Dağılımı.....	39
Şekil 11. Erkeklerin ortalama yaş dağılımı.....	39
Şekil 12. Kadınların Yaş Dağılımları.....	40
Tablo 1. Araştırma değişkenleri.....	38
Tablo 2. Yaşlıların Genel Özellikleri.....	41
Tablo 3. Yaşlıların Kronik Hastalık Özellikleri.....	42
Tablo 4. Lawton telefon kullanabilme yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması..	43
Tablo 5. Lawton telefon ile diğer faktörlerin korelasyonu.....	44
Tablo 6. Lawton yolculuk yapabilme yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması...	45
Tablo 7. Lawton yolculuk ile diğer faktörlerin korelasyonu.....	46
Tablo 8. Lawton alışveriş yapabilme yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması....	47
Tablo 9. Lawton alışveriş yapabilme ile diğer faktörlerin korelasyonu.....	48
Tablo 10. Lawton yiyecek hazırlama yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması...	49
Tablo 11. Lawton ev işleri yapabilme yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması..	50
Tablo 12. Lawton günlük bakım yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması.....	51
Tablo 13. Lawton günlük bakım ile diğer faktörlerin korelasyonu.....	52
Tablo 14. Lawton çamaşır yıkama yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması.....	53
Tablo 15. Lawton çamaşır yıkama ile diğer faktörlerin korelasyonu.....	54
Tablo 16. Lawton ilaç kullanabilme yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması....	55

Tablo 17. Lawton ilaç kullanımı ile diğer faktörlerin korelasyonu .....	56
Tablo 18. Lawton mali durum idaresi ile faktörlerin karşılaştırılması....	57
Tablo 19. Lawton malı durum idaresi ile diğer faktörlerin korelasyonu..	58
Tablo 20. Lawton toplam skor ile faktörlerin karşılaştırılması.....	59
Tablo 21. Lawton toplam ile diğer faktörlerin korelasyonu.....	60

## KISALTMALAR

<b>ACS</b>	:	Amerikan Kanser Birliği
<b>EGYA</b>	:	Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi
<b>GDS</b>	:	Geriatrik Depresyon Skalası
<b>ISSAM</b>	:	Uluslararası Yaşlanan Erkek Çalışma Derneği
<b>SMMT</b>	:	Standartize Mini Mental Test
<b>TNSA</b>	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TÜİK</b>	:	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHO</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü
<b>YY</b>	:	Yüzyıl
<b>İKH</b>	:	İskemik Kalp Hastalığı,
<b>SVO</b>	:	Serebro Vasküler Olay,
<b>KOAH</b>	:	Kronik Obstrüktif Karaciğer Hastalığı
<b>DM</b>	:	Diyabetes Mellitus

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

“Yaşlılık bir dağın zirvesine tırmanmak gibidir. Zirveye çıkıldığında nefessiz bırakır fakat muhteşem bir manzaraya tanık olursunuz”. Ingmar Bergman

Dünya nüfusu hızla yaşlanıyor. Son 20 yıl içinde demografik yapıda hızlı bir dönüşüm olmuş; yaşlı nüfusun oranı her geçen gün artış göstermiştir. Gelecekte de bu artışın devam edeceği öngörülmektedir. Bu sebeptendir ki; yaşlanma, artık bireylerin değil, toplulukların ve dünya ülkelerinin ortak problemidir. Demografik yapıdaki bu değişmeden, ülkelerin sağlık ve ekonomik politikaları da etkilenmiştir.

Yaşlanma, bütün canlılar için kaçınılmaz ve doğal bir süreçtir. Bu sürecin geçen yıllarla birlikte uzaması, yaşlanmanın önemini her geçen gün artırmıştır. Tarihi süreç içinde savaşların olmaması, salgın hastalıkların kontrolü, doğum hizmetleri, çocuk bakımı, bebek ve çocuk ölümlerinin azalması ile insanlar daha uzun yaşam olanağına kavuşmuşlardır. Toplumlar, genç toplum olmaktan yaşlı ve çok yaşlı toplum olma yolunda ilerlemektedir. İnsan ömrünün uzaması beraberinde birtakım sağlık ve sosyal problemleri de getirmektedir.

Sağlıksız yaşlanma, bireyler ve toplumların sosyal ve sağlık sistemi üstünde yük oluşturmakta, ülkelerin ekonomik gelişme hızlarını da frenlemektedir. Yaşlılık kaçınılmaz olmasına rağmen, bu sonuç dünya nüfusu için kaçınılmaz olmamalıdır. Bu konuda Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün ciddi çalışmaları olmuş ve her geçen gün araştırmalarına da hız kazandırmıştır. Bugün için WHO'nun yayınladığı verilere göre dünyada yaşayan her 10 kişiden biri 65 yaş ve üzerindedir. İkibinelli yılında bu oranın

her 3 kişiden 1'i olarak karşımıza çıkacağı öngörülmektedir. Geçen 20 yıl içinde de, dünya yaşlı nüfusunun 2 kat artış gösterdiği bildirilmiştir.

Yaşlanma aslında gelişmiş ülkeler için bir başarıdır. Sağlık alanında atılmış büyük bir adım ve koruyucu hekimliğin başarisının da göstergesidir. Ancak, yaşlanma ile birlikte oluşan fizyolojik değişiklikler, araya giren kronik hastalıklar, sosyal ve ekonomik yetersizlik ve genetik yatkınlık gibi birçok etken, sağlığın kötüleşmesine neden olmaktadır. Amaç, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve sağlıklı yaşlanmalarını sağlamaktır.

Yaşam kalitesi, yaşamın pek çok alanını ve kişiden kişiye değişen farklı değerleri kapsamaktadır. Kişinin kendine bakımı, yemek yeme gibi bazal aktivitelerinin yanı sıra, ilaç alma, çamaşır yıkama, seyahat etme, finansal durumun kontrolü gibi enstrümantal aktivitelerini, fiziksel ve maddi iyilik halini, psikolojik durumunu, emosyonel yaşamını algılayış biçimini içermektedir. Bu sebeptendir ki, yaşlı kişilerde yaşam kalitesinin ne düzeyde olduğunun belirlenmesi için değişik alanları sorgulayan değerlendirme yöntemleri geliştirilmiştir.

Yaşlı kişilerin değerlendirilmesi multidisipliner bir yaklaşımı içermektedir. Dünya nüfusunun yaş ortalamasının değişmesiyle, bakılan hasta yaş ortalamaları da yükselmiştir. Bu da sağlığın her alanında, geriatrik hasta değerlendirilmesinin daha iyi bilinmesini ve uygulanmasını gerektirmiştir.

Sağlıklı yaşlanma toplumlar için sosyal ve ekonomik bir kazançtır. Aile hekimliği olarak koruyucu hekimliğin temel alınması ve hastaya biyopsikososyal açıdan yaklaşım ana prensiplerimizdendir. Anabilim dalı olarak yaşlanan dünya nüfusunun

farkındalığını çalışmalarımıza da yansıtarak, “*yaşlı sağlığı geliştirme projesi*” adı altında, bir proje yürütmekteyiz. Bu projenin içerisinde yaşlı hastalarımızın günlük bağımsız yapabildiği temel ve enstrümantal aktivitelerini, denge ve yürümeyi etkileyen faktörleri, sosyal ilişkileri, yaşla birlikte gözlemlediğimiz fizyolojik değişiklikleri diğer anabilim dalları ile birlikte değerlendirmekteyiz.

Sağlıklı yaşlanma, tüm dünya ülkelerinin sağlık ve ekonomik politikasının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikalarını ve ekonomik yönünü şekillendirebilmeleri için yaşlanma ve bu süreci etkileyen faktörlerle ilgili daha çok sayıda ve daha geniş kapsamlı araştırmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Özellikle birinci basamak hekimlerinin yaşlanma ile ilgili eğitimlerinin yapılması, yaşlıya verilecek sağlık hizmetinin kalitesini de artıracaktır. Yaşlı hastanın değerlendirilmesinde birinci basamak hekimlerinin, hastanın günlük yaşantısındaki bağımsızlık derecesini ölçmelerini, bunu etkileyen faktörleri bilip ona uygun tarama testlerini yapmalarını öngörmekteyiz.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tarihsel Süreçte Yaşlanma

“Yaşlılığın kendisi bir hata değildir; daha ziyade bizim yaşlılığa karşı tavrımız bir hatadır”. Cicero

Kaçınılmaz süreç olan yaşlılık tarihi süreç içinde toplumların kültürel ve dini inanışları doğrultusunda şekillenmiş ve ifade edilmiştir. Kimi topluluklar tarafından yaşlılık, bilgelik; kimi toplumlara göre de tükenmişlik olarak yorumlanmaktadır.

Tarihte yaşlılıkla ilgili ilk bilgiler, eski toplumlarda yaşamış düşünürlerden elde edilmiştir. Eski Yunan medeniyeti bu konuda oldukça zengindir. Bu dönemde yaşamış yaşlılar, tecrübe ve bilgi birikimlerinden dolayı saygı görmüş ve bilge insanlar olarak adlandırılmıştır. Yunan medeniyetinde yaşamış filozoflardan Ptahothep (İ.Ö. 2500) yaşlılığı, biyolojik ve sosyal açıdan bir çökkünlük olarak yorumlamış ve şöyle tarif etmiştir: “Bir yaşlının sonu ne kadar büyük acılarla doludur! O, her geçen gün biraz daha güçsüzleşir. Kalbi artık huzur bulamaz, dudakları suskunlaşır ve artık hiç konuşmaz. Bilinci kaybolur ve dün neler olduğunu bugün hatırlamasına imkân yoktur...”(1).

Cicero'da (M.Ö 106-43) “Cato Major de Senectute” isimli yazısında, yaşlıların ileriki yaşlarda zihinsel kapasitelerinde ortaya çıkan değişimlere ilişkin bilgiler vermiş ve Roma ile Yunan tarihinden alınan örneklerle, yaşlıların devlet yönetimi ile sanat ve bilim dallarındaki başarılı performanslarına değinmiştir (2).

Tarihsel süreç içinde 16. yy.'a gelindiğinde ünlü filozof Shakespeare (1564-1616) yaşlılığı olgunluk dönemi olarak yorumlamıştır. İnsanın artık son dönem olan de yaşlılığa kaldığını ve gerçeği görmeyi sağlayan tecrübelerin daha yoğun olduğunu ifade etmiştir. Yine aynı düşünceye sahip Alman düşünür Goethe'ye göre (1749-1832) ise yaşlılık; “Deneyim ve tecrübelerin zirveye ulaştığı bir dönem” olarak kabul edilir. Goethe yaşlılığın olumsuz bir dönem olarak anlaşılmasına karşı çıkmış, ‘İlkeler ve Düşünceler’ isimli yazısında bireyin bu döneme uyumu için öğütler vermiş ve onu bu dönemde aktif olması için umutlandırmıştır (3).

Onsekizinci ve 19. yüzyıllarda çalışmalar daha bilimsel ve sistematik hale gelmiştir. Gent Üniversitesi matematik dalında doktora yapan Qutelet 400 kadın ve erkek hastada fiziksel büyümeleri ile el büyümeleri arasındaki bağlantıyı araştırmış ve araştırma sonucunda bireysel belirlemelerin yanlış bir tarzda genelleştirilmesine karşı çıkmıştır. Bu düşünce gelişme ve yaşlılık psikolojisinin başlangıcı olarak kabul edilmiştir (4). Bu dönemde Galton, Qutelet'ten etkilenecek yaşlılık döneminde ortaya çıkan etkilerin psikomotor sahadaki algılama süreçleri ile bağlantısını araştırarak ilk defa yaşlılık alanında disiplinler arası yaklaşımın öncüsü olmuştur. İlk sistemik araştırmalar psikolog olan Stanley Hall tarafından yapılmış, ‘Yaşamın Son Yarı’ adı altında psikoloji alanında ilk eser verilmiştir (5).

1928 yılında da ilk defa yaşlıların fizyolojisini ve problemlerini inceleyen bir enstitü Stanford Üniversitesi Kaliforniya kurulmuştur. Bilimsel literatür de ilk defa Gerontoloji terimi 1929 yılında Rus araştırmacı N.A. Rybnikov tarafından kullanılmıştır. Gerontoloji'yi davranış bilimlerinin özel bir alanı olarak kabul etmiş. Bu



bilim dalının amacını, yaşlanmanın nedenleri, fizyolojisi ve davranış değişimlerinin incelenmesi olarak ileri sürmüştür (6).

Bu yüzyılda yapılan çalışmalar hız kazanarak 1939 yılında ABD’de Yaşlanma Araştırma Derneği kurulmuştur. Bu dernek bilimsel faaliyetlerine devam ederek yılda 2 defa konferanslar düzenleyerek çalışmalarını sürdürmüştür. Bu alanda birçok derneğin kurulmasına da vesile olmuştur. 1950’li yıllarda Avrupa’da psiko–gerontoloji alanında araştırma yapan enstitüler kurulmuş, çalışmalar arttıkça gerontoloji alanında yapılan araştırmalar zenginleşmeye başlamıştır. 1980’li yıllarda Amerikan Psikiyatri Derneği önümüzde ki 10 yıl için birçok veri elde etmiş yaşlanmayla ilgili 9 konu belirleyerek araştırmalarına yön vermiştir. 1981 yılında Beyaz Saray konferansları düzenlenmiş. 1982 yılında dünya yaşlanma toplantıları düzenlenmeye başlamıştır (7).

1999 yılı ‘Uluslar arası Yaşlılar Yılı’ ilan edilmiş, 2002 yılında ‘Yaşlanma 2002 Uluslar arası Eylem Planı’ yayınlanmıştır. Planın amacı: “Her yerde insanların güvenli ve saygın şekilde yaşlanmalarını ve toplumlarında bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşamaya devam etmelerini garanti etmek” şeklinde ifade edilmiştir (8). Amaç: “Yaşama yıllar değil, yıllara yaşam katma” olmalıdır (Amerika Gerontoloji Derneği). Günümüzde ise geriatri üniversitelerde bir yan dal olarak gelişimini sürdürmektedir.

## **2.2. Yaşlılık Nedir?**

WHO 1998 yılı Dünya Sağlık Raporu’nda yaşlılığı; “Özürlülüklerin artması ve başkalarına daha fazla bağımlılaşma” şeklinde tanımlamaktadır (9). Kişinin fiziksel, ekonomik ve psikososyal yönden bağımsızlıktan bağımlılığa geçtiği dönem olarak kabul edilir (10). Yaşlanma çok yönlü bir kavramdır. Organizma için mevcut fizyolojik sürecin, psikolojik, sosyolojik, kronolojik, biyolojik ve ekonomik yönlerden

etkilenmesiyle gelişen kaçınılmaz ve doğal bir gerçektir (11). Bir başka ifadeyle organizmada, molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan, yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümüdür (12). Burada yaşlanma 5 aşamada değerlendirilmiştir:

1. *Moleküler yaşlanma*: Kollajen makromoleküllerinin birikimi ile oluşan moleküller arası köprülerin, tendon, deri ve kan damarlarının elastisitesinde azalmaya yol açması ile olmaktadır.
2. *Hücresel yaşlanma*: Mutasyona uğramış hücrelerde artış olarak kabul edilmektedir.
3. *Doku ve organ yaşlanması*: Birçok organda, yapısal ve işlevsel değişikliklerin ortaya çıkmasıdır. Hücre işlevlerinde ilerleyen bir azalma, sinirsel işlevlerde ve duyuşal değerlendirme yetisinde azalma olmaktadır.
4. *Bireysel yaşlanma*: Kişinin çevreye uyum yeteneğinin azalması ile birlikte, giderek ölümlle sonuçlanacak şekilde canlılık fonksiyonlarının bozulmasıdır.
5. *Toplumsal yaşlanma*: Bir toplumdaki 65 yaş üzeri nüfusun tüm nüfusa oranını gösteren bir durumdur.

Kronolojik olarak yaşlanma üç safhaya ayrılmıştır:

*Erken Yaşlılık (young-old)*: 65-74 Yaş

*Yaşlılık (middle-old)*: 75-84 Yaş

*İleri Yaşlılık (old-old)*: 85 yaş ve üstü (13).

Özetle yaşlılık, sağlık açısından bağımlılık dönemi, hukuk ve çalışma yaşamı açısından performansın ve verimliliğın azaldığı ve emekli olunan dönem, kronolojik olarak ise 65

yaş ve üzeri olarak tanımlanmaktadır. Thomas Dekker kaçınılmaz olan bu süreci çok güzel ifade etmiştir: “Yaş da sevgi gibidir; saklanamaz”.

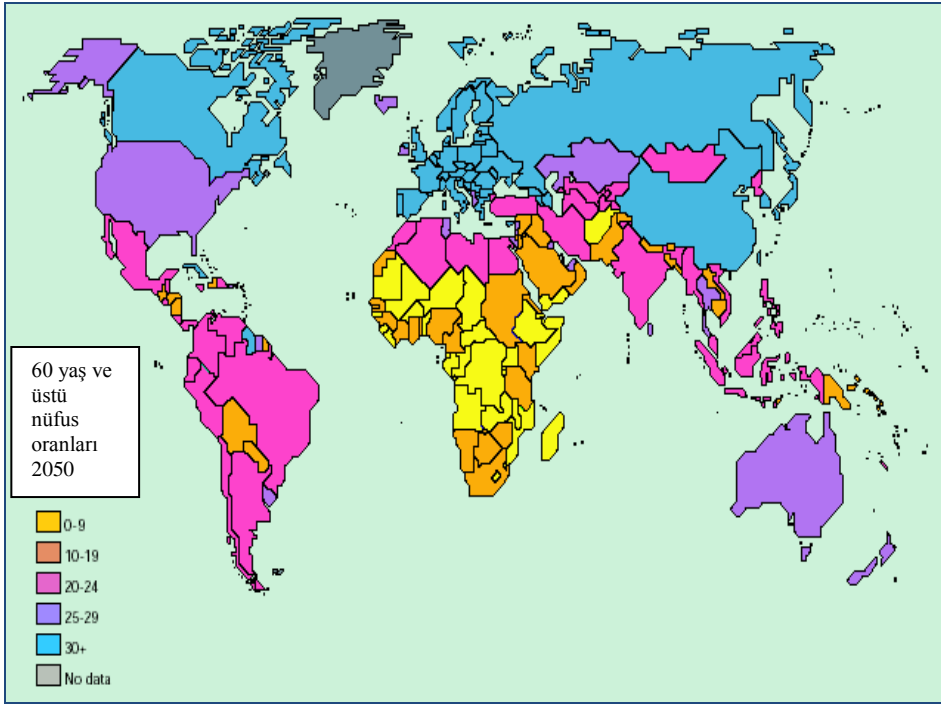
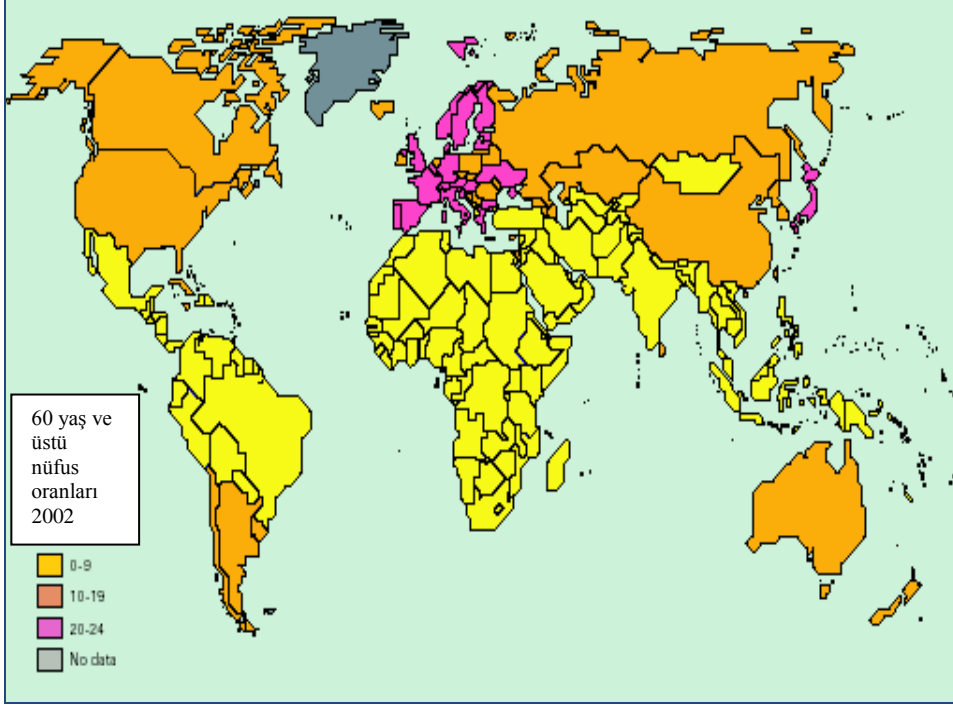
### **2.3. Yaşlanan Toplum**

İnsan ömrünün uzamasıyla birlikte toplumların demografik dağılımı da değişmiştir. Özellikle ikinci dünya savaşından sonra, bu nüfus yapısındaki değişim daha hızlı olmuştur. Toplumsal yaşlanma tanımına göre de Toplumlar sınıflandırılmaktadır:

1. *Genç Toplumlar*: Yaşlı nüfusun toplum nüfusa oranı %4'den az olması. Buna az gelişmiş ülkeleri örnek verebiliriz.
2. *Erişkin Toplumlar*: 65 yaş üzeri nüfus %4 ile %7 arasındadır. Çin dahil, Batı Asya ve Güney Amerika bölgesindeki ülkeler bu gruptandır.
3. *Yaşlı Toplumlar*: Yaşlı nüfusun oranı %7 ile %10 arasında olan toplumlardır. Kanada, Avustralya, Japonya gibi ülkeler bu gruptadır.
4. *Çok Yaşlı Toplumlar*: Yaşlı nüfusun oranı %10'un üzerindedir. Bu toplumlarda fertilité çok düşük orandadır, bazen de genç nüfusun göç etmesi buna katkıda bulunmaktadır. İtalya bu gurub için en güzel örnektir (13,14).

## !!!! DÜNYA NÜFUSU HIZLA YAŞLANIYOR.....

Sekil 1. 2002 – 2050 Dünya Yaşlanma Haritası



Birleşmiş Milletler Nüfus Bölümü: Düzenlenmiş 2006 yılı dünya nüfus haritası (15)

### 2.3.1. Dünyada yaşlılık

Çalışmalar, en hızlı büyüyen yaş grubunun 60 yaş ve üstü olduğunu bildirmiştir. 2050 yılında bu yaşlı nüfusunun %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağını öngörmüştür. Dünya yaşlı nüfusunun dağılımı, ülkelere göre bakıldığında Avrupa ülkelerinde her 5 kişiden 1'i 60 yaş ve üstüdür. Bugün için dünyada en yaşlı topluluk İtalya'da bulunmaktadır. Bu ülke de nüfusun %18,1'i 65 yaş ve üzerindedir. Latin Amerika ve Asya ülkelerinde her 10 kişiden 1'i 60 yaş ve üstüdür. Afrika bölgesi ülkeleri ise en genç ülkelerdir. Burada her 19 kişiden 1'i 60 yaş ve üstüdür. WHO'nun araştırmalarında yaş ortalaması en büyük kıta Avrupa'dır. İtalya'yı İsveç, Yunanistan ve Japonya (80 yıl) izlemektedir. En hızlı artan popülasyon ise 85 yaş ve üzerindeki gruptur. Nüfus artışında ki bu kayma, gelişmekte olan ülkeler için ekonomik ve sosyal açıdan ciddi çalışmaların yapılmasını gerekli kılmaktadır (8,16-18 ).

Bugün dünya genelinde 737 milyon yaşlı kişi sayısının 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bir başka ifadeyle dünyada yaşlı nüfusu, her ay 800 bin kişi artış göstermektedir. Bugün için bu yaşlı nüfusun %54'ü Asya ülkelerinde, %21'i ise Avrupa ülkelerinde yaşamaktadır. Dünya genelinde nüfus dağılımına kabaca bakıldığında her 9 kişiden 1'i 60 yaş ve üstündedir. 2050 yılında ise bu rakamın her 5 kişiden 1'i olarak karşımıza çıkacağı öngörülmektedir (13).

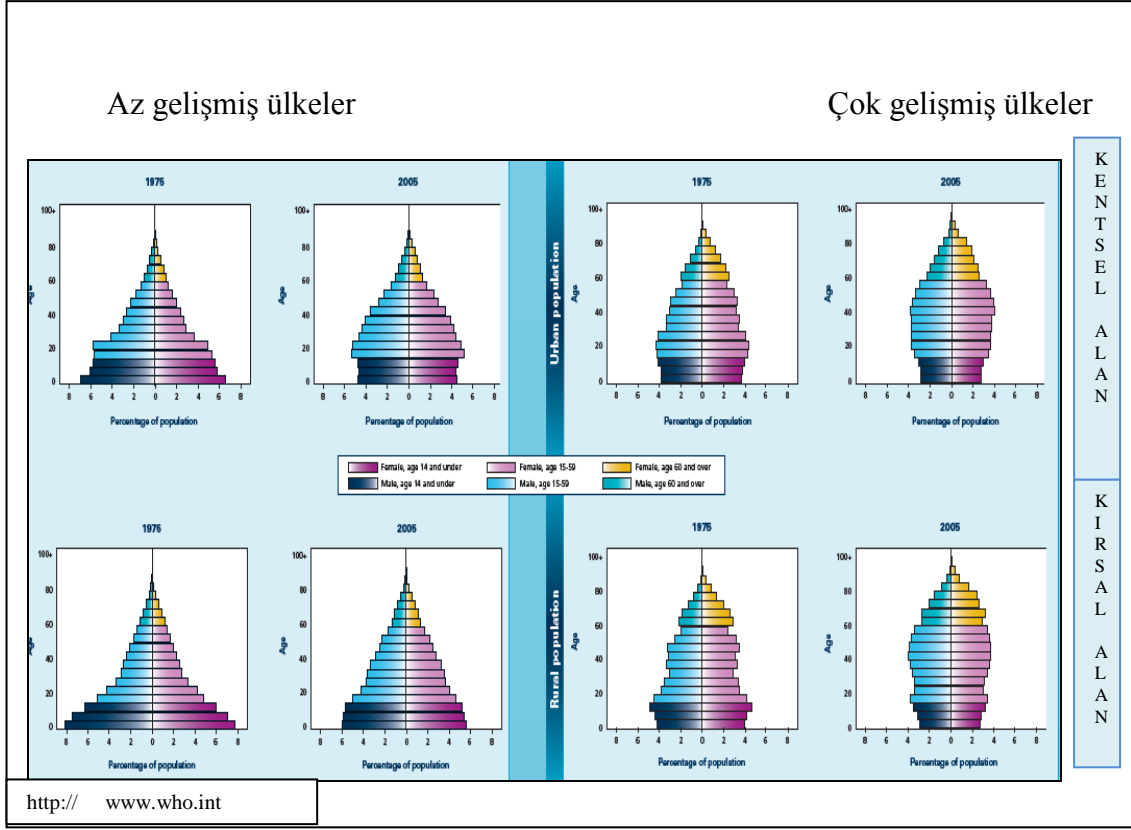
Doğuştaki beklenen yaşam süresine bakıldığında insan ömrü son 50 yıl içinde 20 yıl uzayarak 66 yıla ulaşmıştır. Gelecek 50 yıl içinde, bu oranın 10 yıl daha artarak, 76 yıla ulaşacağı hesaplanmaktadır. Yapılan araştırmalarda, yaşam süresinin cinsiyetler arasında da belli farklar oluşturduğu gözlenmiştir. Kadınlarda 2005 yılı için yaşam

süresi 72,7 iken, erkeklerde bu süre 68 olup 2050 yılında ise bu rakamların kadınlarda 73,8 erkeklerde 69 olacağı ileri sürülmektedir ( 9,12,13)

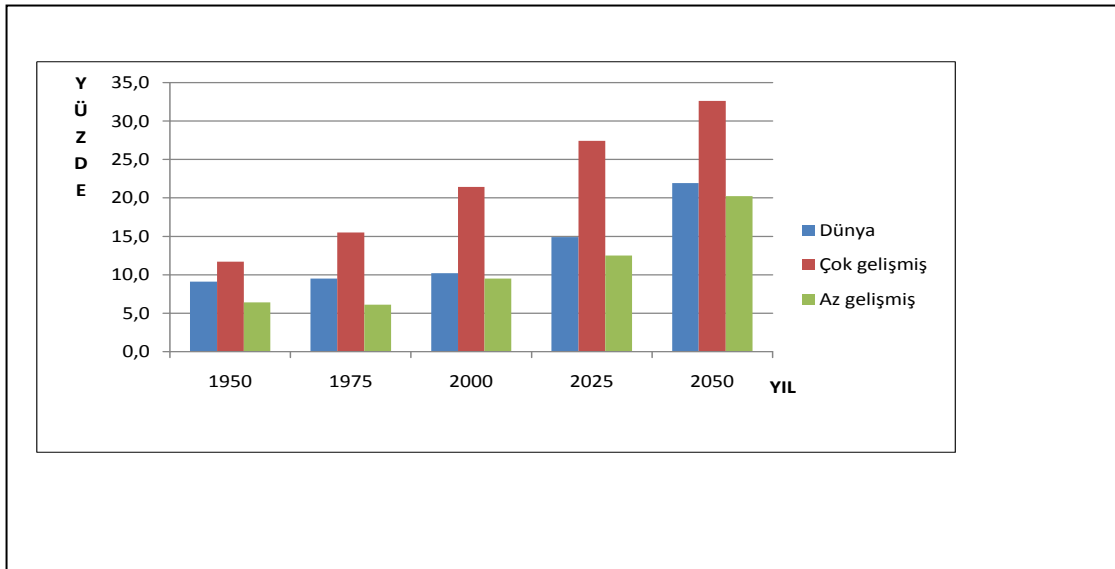
Demografik yapıdaki bu değişikliklerde sadece gelişmişlik değil, kentsel ve kırsal alanda yaşamın etkileri de incelenmiştir. 2007 yılında dünya nüfusunun yarısından fazlası kentlerde yaşamaktadır. 2030 yılında bu oranın %60'ın üstüne çıkacağı Bugün dünya öngörülmektedir. Kentleşmeyle birlikte, yaşlıların sosyal çevreleri de daralmış, yalnız yaşamaya başlamışlardır. Bu yaşlanma da beraberinde, kişinin mevcut sosyal, ekonomik ve sağlık problemleri ile mücadelelerinin yetersizliğine sebebiyet vermiştir. Bütün bu problemler ülkelerin makro ve mikro ekonomilerini de büyük ölçüde etkilemektedir. Bu yüzden ki yapılan araştırmalar, yaşlı kişilerin çekirdek aileden ziyade geniş aile yapısında bu yaşam sürecini tamamlamalarının daha sağlıklı olduğunu göstermiştir (17).

Yapılan çalışmalara bakıldığında, yaşlı nüfus artışının daha çok gelişmiş ülkelerde olduğu dikkat çekmektedir. Ancak önümüzdeki yıllarda bu nüfus artışının gelişmekte olan ülkelerde daha çok olacağı ileri sürülmüştür. Bu durum ülkelerin sosyal ve ekonomik adaptasyonları açısından önemlidir (18).

**Şekil 2. Dünya nüfusunun gelişmişlik ve Kentsel ve kırsal alan faktörlerine göre yapılmış nüfus piramidi**



**Şekil 3. Dünya 60 yaş üstü nüfusun 1950-2050 yılları projeksiyonu**



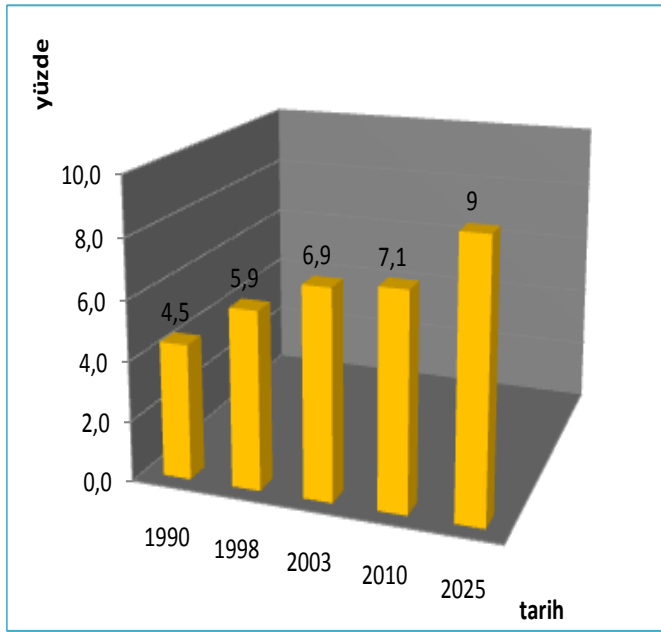
Dünya nüfusu yaş dağılımındaki değişiklikler

### 2.3.2. Türkiye’de yaşlılık

Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de 20. yüzyıl nüfusun demografik yapısı için bir dönüm noktası olmuştur. Tarihsel süreç içindeki sosyal ve ekonomik gelişmenin sağlığa yansımaları, insan için beklenen yaşam süresini de uzatmıştır. Toplumlardaki yaşlı nüfus artmış, nüfus piramidin de anlamlı değişiklikler olmuştur.

Ülkemizde halen 4 milyon yaşlı nüfusunun 2020 yılında 7-8 milyona 2050 yılında da 16 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Nüfusumuz yaşılanıyor...

**Şekil 4. Türkiye’de yıllara göre yaşlı nüfus yüzdesi**

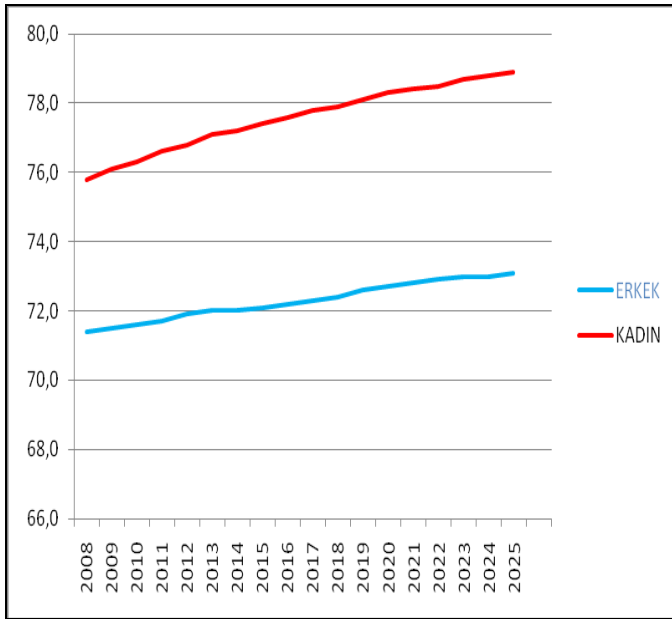


Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA) verilerine göre 1990 yılında nüfusun %4,5’u 65 yaş üzerinde iken, bu oran 1998’de %5,9, 2003 yılında %6,9, 2008 yılında ise %7 olarak bildirilmiştir. 2025 yılında ise, toplam nüfusun %9’unun 65 yaş üzeri olması beklenmektedir. Diğer bir deyişle her 10 kişiden 1’inin 65 yaş üstünde olacağı öngörülmektedir (19-22).

TNSA 2008 verilerine göre düzenlenmiştir



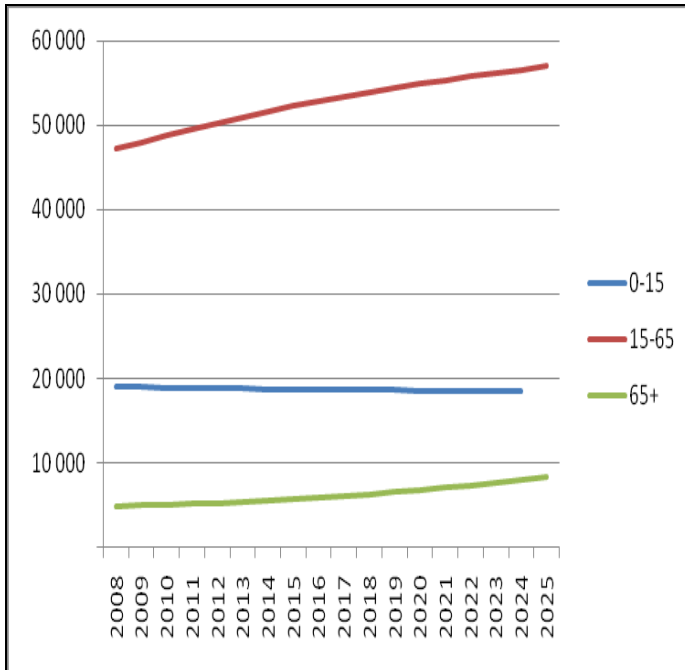
**Şekil 5. Kadın ve Erkeklerde beklenen yaşam süresi**



Türkiye’de 2000 yılı için beklenen yaşam süresi ortalama 70,4, 2010 yılı için ortalama 72,0, 2050 yılı içinde 77,3 olarak gösterilmektedir. Dünya nüfus ortalamasında olduğu gibi Türkiye nüfus ortalamasındaki kadınların, erkeklerden daha uzun yaşadığı verilerde de gösterilmiştir (14,25)

TÜİK 2008 verilerine göre hazırlanmıştır

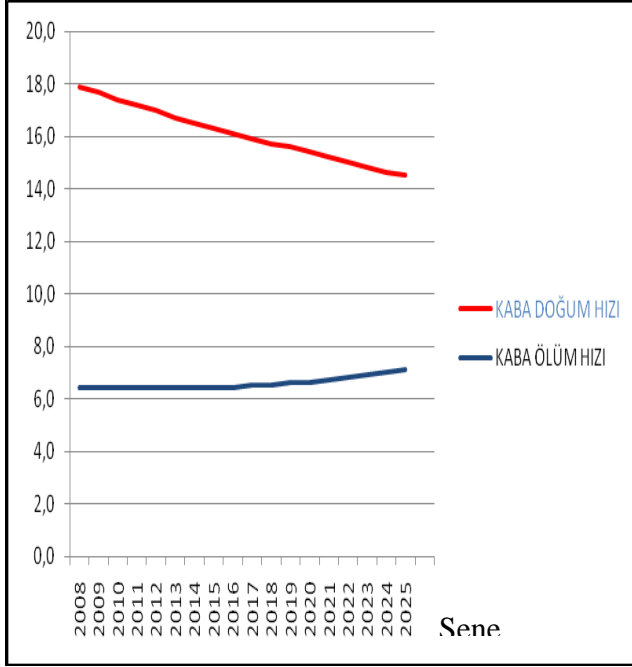
**Şekil 6- Yaş grubu ve Cinsiyete göre nüfus ortalaması**



Nüfus yapısındaki bu çarpıcı değişiklikler ülkemizin sosyal, ekonomik ve demografik açıdan hedeflenen ve yürütülen plan ve programları açısından önem arz etmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu 2008 nüfus sayımı projeksiyonuna baktığımızda da, 65 ve üstü yaş grubunda yaş ortalaması eğrisinin ivmesinin arttığını görmekteyiz.

TÜİK 2008 verilerine göre hazırlanmıştır.

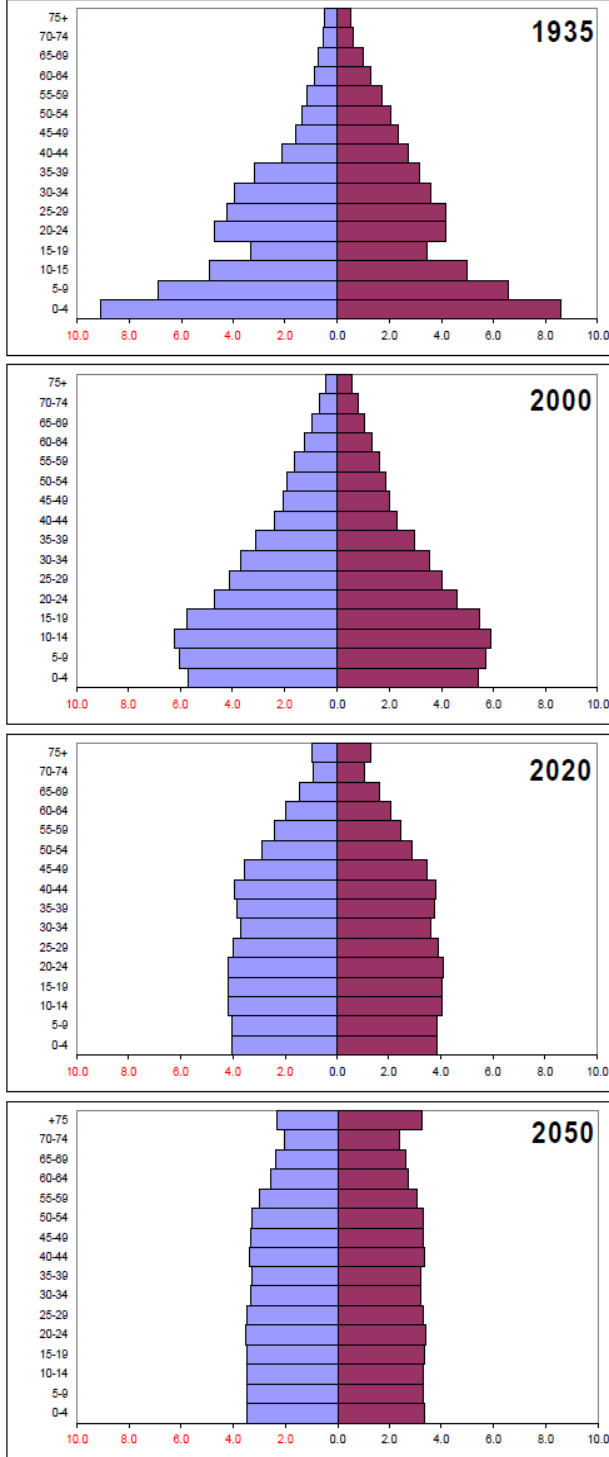
**Şekil 7. Kaba doğum ve ölüm hızının karşılaştırılması**



Nüfus artışıdaki en önemli etkenlerden biride kaba doğum ve ölüm hızlarıdır. Türkiye İstatistik Kurumu 2009 verilerine göre önümüzde ki 20 yıl içinde kaba doğum hızındaki azalmanın kaba ölüm hızına göre daha fazla olduğu gözlenmektedir.

TÜİK 2008 verilerine göre hazırlanmıştır.

**Şekil 8. Yaş Piramitleri Türkiye 1935, 2000, 2020, 2050**



TÜİK nüfus sayımı verileri ve projeksiyonuna göre düzenlenmiştir.

Bu sonuçlar bizim gibi gelişmekte olan ülkelerin ekonomik gelişim politikalarında izleyecekleri yol ve konulacak hedefleri için önemlidir.

#### **2.4. Yaşlanan Kadın**

Kadınların yaşam süreleri erkeklere göre daha uzundur. Yaşlanma, organizma için ortak paydadır. Kişisel farklılıklar, sosyokültürel çevre, ekonomi ve cinsiyet gibi etkenlerle şekillenmektedir. Bu yüzden ki kadınlarda ve erkeklerde yaşlılık farklı olarak değerlendirilmelidir.

Östrojen, kadınlar için önemli bir hormondur. Kadınlarda ikincil cinsiyet karakterlerinin gelişmesini sağlar. Adet döngüsü ile ilgili olan endometrium kalınlaşmasını ve diğer süreçleri düzenler. Östrojen hormonun azalması ile birlikte perimenopozal dönem başlar. Bu dönemde plazma estradiol -17(E2) değeri 50-300 pg/ml arasındadır. Bu dönem 2 ila 8 yıl arası olup, ortalama 5 senedir. Bu dönemde anovulatuvar siklus görülür. Menopoz için ortalama yaş ise 51 dir. Menopozal dönemde plazma estrojen oranı 100'un altına iner. Irk ve diyet farklılıkları bu yaş ortalamasını değiştirmez ancak sigara kullanımı, nulliparite ve histerektomi bu süreci etkiler(27 -31).

Östrojene bağlı olarak görülen belirtiler, kişisel farklılıklar göstermekle birlikte bütün bayanlarda ortaya çıkar. Genel olarak bakıldığında bu *belirtiler*;

1. Menstrual irrégülerite ve bunun sonucu azalmış fertilité,
2. Oligomenore, hipomenore ve son dönem amenore,
3. Vazomotor instabilite (sıcak basması ve terlemeler),
4. Genitaüriner sistem ve genel cilt atrofisi,

*Östrojen eksikliğinin getirdiği uzun dönem sonuçlar*;

1. Kardiovasküler hastalıklar
2. Yaşlanmayla birlikte kadınlarda osteoartrit, osteoporoz,
3. Zihinsel hastalıklar
4. Kanseler görölmektedir. Özellikle vulva kanseri saptanan kadınların, yarısından fazlası 70 yaş ve üzeridir. Meme kanseri riskinin de postmenopozal kadınlarda arttığı ileri sürölmektedir. Yaşlanan kadında en sık ölüme sebep olan kanser meme, akciğer ve kolon kanseridir (32).

Bu yaş grubunda, tarama testleri, risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve bilgilendirme oldukça önemlidir. Akciğer kanseri için bir tarama testi olmamasına rağmen sigara içiminin kontrolü, iyi bir anamnez ve fizik muayene yapılmalıdır. Kolon kanseri de yaşla birlikte artış göstermektedir. Tarama amaçlı dışkıda gizli kan bakılması ve sigmoidoskopi yapılması önerilmektedir. Tüm meme kanserlerinin yarısı 65 yaş ve üzeri kadınlarda saptanmaktadır. Yıllık meme muayenesi, mamografi ve meme ultrasonunun yapılması meme kanserinin görülme oranını %30'lara varan oranlarda azalttığı bilinmektedir. Serviks kanseri ise meme ve kolon kanserlerine göre daha az görölmektedir. Serviks kanserinde de tarama olarak yıllık smear testi önemlidir.

Endometrial hiperplazi postmenopozal kadınlarda sık görölen bir durumdur. Endometrial kalınlığın 5 mm üzerinde olması anlamlıdır. Bu dönem kanamalarına dikkat edilmesi gerekir ki postmenapozal kanama, endometrial kanseri için önemli bir uyarıdır. Endometrial kanserin görülme riski %0,1 iken, kanaması olan kadınlarda bu oran %10 a çıkmaktadır. Tanıda transvajinal ultrasonografi ile değerlendirme yapılmalı ve biopsi alınmalıdır. Over kanserlerinde muayenede pelvik kitleye raslayabileceğimiz gibi labaratuvar bulguları ve ultrasonografi ile de şüphelenerek tanıya

gidebiliriz. Bu kanserde CA-125 yüksek ve adneksial kitle varlığında da pozitif prediktif değer %96'dır. Bir diğer kanser ise vulvanın skuamoz hücreli kanseridir. Ortalama görülme yaşı 65'dir. Tanıya biopsi ile gidilmektedir. Özellikle postmenopozal kadınlarda vulval kaşıntı, şişlik, pis kokulu akıntı, fizik muayenede anlamlıdır (33-.35).

Postmenapozal kadınlarda vajinal atrofi, kuruluk ve disparoni ile libido azalması sık görülen diğer bir problemdir. Bu alanda hormon replasman tedavisi ise halen tartışmalı bir konudur. Menopoz bir çok bayan için yoğun stres nedeni olabilir. Bazı toplumlarda kadın için üreme önemlidir. Bu dönemde kadın fertilitate kaybına yönelik endişeler hissetmektedir. Menopoz sonrası yaşlanma duygusunun getirdiği stres de kadınların hayatını olumsuz yönde etkilemektedir (36, 37).

Yapılan çalışmalarda, menapozla depresyon hastalığının ilişkisi araştırılmış, östrojen hormonunun direk etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Mevcut anksiyete ve irritabilitenin vazomotor belirtiler ve uyku düzensizlikleri, kişinin sosyal ve hayat tarzındaki değişikliklerle bağlantılı olduğu tespit edilmiştir (38- 40). Menopoz sonrası kadınlarda cilt değişiklikleride kendini göstermektedir. Ciltte kırışıklıklar ve incelmeler gözlenir (41).

Osteoartroz ve osteoporoz yaşa bağlı gelişen kadınlarda menopoz sonrası ivmesini artıran hastalıklardır. Postmenopozal kadınların %13-18'inde osteoporoz gözlenmektedir. Artan frajilite özellikle femur başı ve vertebra korpuslarında çökmelerle kendini göstermektedir. İleri yaşta görülen kırıklar, mortalite ve morbiliteyi artırmaktadır. Osteoporoz önlenebilir olması itibariyle önemlidir. Tedavisinde ise, öncelikle diyetle alınan kalsiyum miktarının artırılması, kemiklere yük taşıyan, denge ve kuvveti artıran egzersizler, kalsiyum ve D vitamini desteği, kemik yapımını artıran veya yıkımını azaltan ilaçlar kullanılmalıdır. Tarama olarak hastalardan kemik dansitometresi

istenir. Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Cemiyetinin (ACOG) önerilerine göre kemik dansite ölçümleri postmenopozal hastalarda 65 yaşından sonra başlanmalıdır. Risk faktörü varsa bu yaş 65 yaşın altına çekilebilir. Yeni risk faktörü yoksa 2 yıldan daha sık yapılması anlamlı değildir. İleri yaş ve osteoporotik kırık varsa tedavi kemik dansitesine bakılmadan başlanabilir. Yine de tedavinin etkinliğini takip için bazal kemik dansite ölçümü faydalı olabilir (42).

Menopozla beraber üriner sistemde de değişiklikler gözlenir. Bunlar rekürren idrar yolu enfeksiyonları, birden idrar yapma isteğinin gelmesi (urge), dizuri, idrar frekansında artma, idrar kaçırma olabilir. Üriner inkontinans prevalansı 15- 60 yaş grubunda %15-25 arasındadır. Bu durum 60 yaş üstü hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde bozmakta, sosyal ve sağlık açısından bir problem oluşturmaktadır. Yaşlı kadınlarda daha çok stres ve urge inkontinansı görmekteyiz. Mekanizmasına bakıldığında üretral destek dokusu olan levator kasının yaşla birlikte kadınlarda, hem süresinde hemde gücünde %35 oranında azalma olduğu gözlenilmiştir (43-46).

Tedavide kilo verme, sigaranın bırakılması, sıvı alımının azaltılması, konstipasyonun engellenmesi, fizik tedavi, antimuskarinik ve antikolinergik ilaçlar, cerrahi tedavi planlanır (47).

## **2.5. Yaşlanan Erkek**

Yaş ile birlikte erkeklerde gonadal fonksiyon azalmasına bağlı olarak birtakım belirtiler gelişir. Gonodal fonksiyon azalmasına ‘Andropoz veya viropoz’ denir. Testiküler fonksiyondaki azalma yavaş olur dolayısıyla belirtiler nonspesifiktir. Kadınlarda menopoz dönemine karşılık gelen bu dönemde, erkeklerde görülen semptomlar kabaca;

1. Libido azalması, erektil disfonksiyon,

2. Osteoporoz,
3. İyi olma halinin kaybolması,
4. Visseral yağlarda azalma,
5. Vücut kıllarında azalma ve cilt değişiklikleri,
6. Hemopoezde azalma gözlenir.

Uluslararası Yaşlanan Erkek Çalışma Derneği (ISSAM) Antropoz tanımını şu şekilde yapmıştır: “İlerleyen yaşlarda androjenlere genomik sensitivitede azalma olarak veya olmadan serum androjen seviyesinde azalmayla karakterize biyokimyasal bir sendromdur. Bu sendrom hayat kalitesinde ciddi değişikliklerle sonuçlanabilir ve birçok organ sistemi fonksiyonunu kötü şekilde etkileyebilir”. Elli yaşından sonra her yıl testosteron seviyesi %1 oranında azalır. Altmış yaş üzerinde ki erkeklerin %70 i hipogonadal bulunur. Tarama olarak risk grubunda olan hastalardan sabah 08.00 ile 11.00 arası serbest testestron seviyelerine bakılabilir (48).

Yaşlanan erkekte görülen en sık selim neoplazi benign prostat hiperplazisidir (BPH). BPH’si 60 yaşındaki erkeklerin %60’ında, 85 yaş üstü erkeklerin %90’ında saptanır. Akut idrar retansiyonuna yol açarak hayat kalitesini bozar (49). Orta yaşını geçmiş erkeklerde en sık tanı alan kanser prostat kanseri olup akciğer kanserinden sonra ölümlerde ikinci sırada yer almaktadır. Yaşam boyu prostat kanseri gelişme riski %30’dur. Tanıya rutin muayenede parmakla rektal inceleme yapılması, tümör belirleyicisi olarak PSA’nın bakılması ile gidilebilir (50, 51).

Androjenler osteoklast aktive edici faktör ekspresyonunu önlerler. Bu sebeple osteoporoz aktivasyonunu da hızlandırmış olurlar. Yaşlanma ile birlikte tiroksin seviyeleri de azalır. Tiroid Sitümüle Edici Hormon seviyeleri de gençlere göre düşüktür. Ciddi kabızlık, konjestif kalp yetmezliği, açıklanamayan makrositik anemi ve yüksek



kolesterol tiroid metabolizmasını akla getirmelidir. Testestron azlığı uyku apnesine de yol açmaktadır. Koroner hastalığı olan yaşlılarda aritmilere sebebiyet vermesi akıldan çıkarılmamalıdır. Yaşlanan erkekte sadece testestron değil büyüme hormonu, melatonin gibi diğer hormonlarda da azalmalar gözlenmektedir.

Anamnezde, yorgunluk, kas güçsüzlüğü, kıllarda azalma, halsizlik, depresyon libido ve seksüel fonksiyonların azalması gibi hipogonadizm semptomlarının iyi sorgulamansı gerekmektedir (52). Yaşlılarda sinir sistemi ile ilgili en önemli hastalık demans (örn: Alzheimer) ve inmedir. İnme erkeklerde kadınlara oranla 2- 3 kat fazla görülmektedir. Yaşam kalitesini bozan uzun dönem iyileştirme gerektiren bir hastalıktır. Koruyucu hekimliğin önem arzettiği hastalıklardan da birisidir. Tansiyon yüksekliği erkek ve kadın bütün yaşlıların ortak sorunu olup tedavi edilmediğinde inme ve kalp yetmezliğine sebep olması açısından önem arz etmektedir.

## **2.6. Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesi**

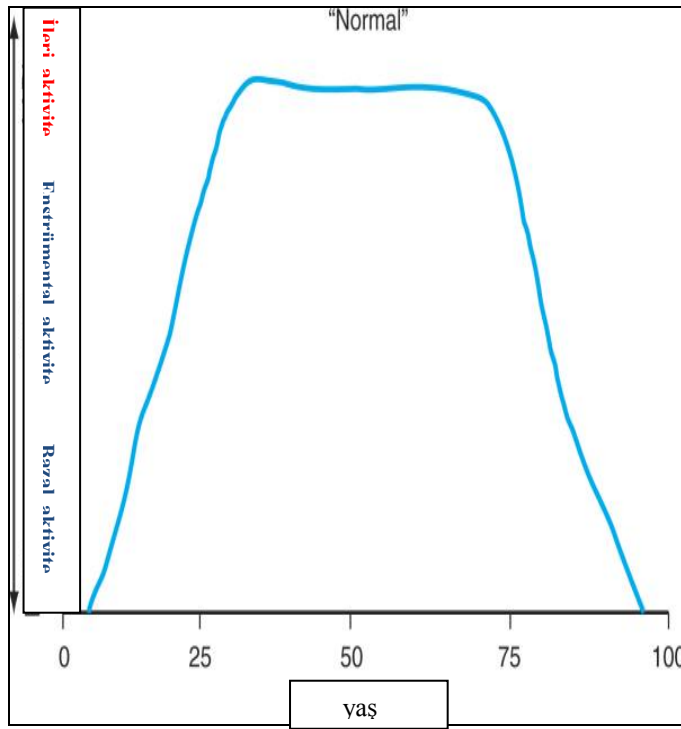
Gelişen teknolojiyle birlikte insanoğlunun yaşam süresi uzamış, morbilite ve mortalitede ciddi azalmalar gözlenmiştir. Beklenen yaşam süresinin artması, koruyucu hekimliğin önemini bir kat daha artırmıştır. Toplumdaki yaşlı popülasyonun artması, aile hekimlerine gelen yaşlı hasta sayısını da artırmıştır. Gelen hastaların %60'ında kronik hastalıklar (hipertansiyon, artroz, diyabet, işitme ve görme bozuklukları vb.) bulunmaktadır. Hastaların ise %80'inde mortalite sebebi olarak kardiovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, kanserler sorumludur (53,54).

Yaşlı hastaya yaklaşım multidisipliner bir değerlendirmeyi gerektirir. Yaşla birlikte mevcut fizyolojik değişikliklerin iyi bilinmesi, kronik hastalıkların yönetimi, fonksiyonel durumun incelenmesi gerekmektedir. Özellikle birinci basamakta yer alan

aile hekimlerinin, hastaya bütüncül yaklaşım misyonu geriatrik muayenenin de ayrılmaz bir parçasıdır. Demans, depresyon, üriner inkontinans, ilaç kullanımı, düşme, kötüye kullanım gibi hastalıklar, yaşlı hastalarda en sık karşılaştığımız özellikli durumlardır. Bu alanda koruyucu hekimliğin iyi bilinmesi yaşlılarda yaşam kalitesinin belirgin bir şekilde artmasını sağlar.

1959'da WHO'nun görüşüne göre; yaşlı sağlığının en iyi ölçümü fonksiyonel değerlendirmeyle olmaktadır. Normal fonksiyonlarının yaşla birlikte değişikliğe uğradığı bilinmektedir. Günlük yaşamdaki bazal aktivitelerinin (BADLs) (yemek yeme, giyinme, tuvalet ihtiyacının giderilmesi.vb), enstrümantal aktivitelerinin (IADLs) (ilaç alma, telefon kullanma, çamaşır yıkama, alışveriş yapma, ilaç kullanımı.vb), ileri aktivitelerinin (AADLs) (profesyonel çalışma, sosyal aktivitelerde bulunma.vb.) sorgulanması gerekmektedir.. Enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri kişinin sosyo kültürel alana uyumunu sağlayan davranışlardır. Yaşlıların fonksiyonlarının değerlendirilmesi günlük ve enstrümantal aktivitelerinin sorgulanması ile olmaktadır. Günlük aktiviteler hayatta kalmak için gerekli iken, enstrümantal yaşam aktiviteleri kişinin sosyal uyumunu sağlarlar. Yaşlı hastanın değerlendirilmesinde günlük ve enstrümantal aktivitelerini ne kadar yapabildiği sorgulanır. Aile hekimleri yaş grubuna göre fizyolojik fonksiyonlarının skorlamasını yaparak hastayı takip etmelidir

**Şekil 9: Bireysel fonksiyonların yaşla ilişkili çizelgesi**



Şekil 9’da olduğu gibi, bazal, enstrümantal ve ileri aktiviteler doğumla birlikte artmakta 50 li 60 lı yaşlarda plato çizerek 65 yaşın üstünde azalan ivme göstermektedir. Fonksiyonlar, yaşla birlikte araya giren kronik hastalıklar, travma, sosyal ve ekonomik çevre, genetik yatkınlık gibi etkenlerle değişikliğe uğramaktadır. Fonksiyonel çizgide ki ısrarlı düşüş ise yaşlılığın başladığının belirtisidir (55).

Yaşlı hastaların değerlendirilmesinde öncelikli olarak yaşa bağlı oluşan yapısal ve fizyolojik değişikliklerin bütün hekimler tarafından iyi bilinmesi gerekmektedir. Sistemik olarak bakıldığında yaşla birlikte neler değişiyor?

**Hüresel düzeyde:**

- Dokulardaki hücre sayısında azalma,
- Hücrelerde depo edilen lipofuscin pigmentinde azalma,
- Oksidatif fosforilasyonun,
- Protein sentezi ve adrenarik yanıtın azalması olur.

**Birleştirici dokuda:**

- Doku elastikiyetinde;
- Deri, kan hücreleri, akciğer ve ligamentlerde azalma görülür.

**Vücut yapısında**

- Vücut ağırlığında göreceli azalma,
- Kas kitlesindeki kreatinin üretiminin azalması,
- Organ ölçümlerinde azalma (kas, karaciğer, beyin, böbrek) bazı istisnalar dışında (prostat, akciğer, kalp, gastrointestinal sistem) olur.

### **Kardiovasküler sistem**

- 30 yaşından sonra kardiyak outputta her yıl %1 düşme,
- Mekanik refraktör periodunda uzama,
- EKGde PR, QRS, QT intervallerinde minimal artış,
- Ampütölerinde azalma QRS in sola deviasyonu,
- Elastik arterlerin median kısımlarında dejenerasyon,
- Sistolik kan basıncında artış,
- Kan akımında azalma (kalp, beyin ve daha az oranda böbrek etkilenmektedir) gözlenir.

### **Üriner sistem:**

- 25 ve 85 yaş arası nefron sayısında %30-40 arası azalma,
- Böbrek ağırlığında %30 oranında azalma,
- Glomerüller filtrasyon hızında %46,
- Renal kan akımı hızında %53 azalma,
- Filtrasyon fraksiyonunda artma,
- Konsantrasyon yeteneğinde azalma,
- Asit ve baz değişikliklerine yanıt vermesinde yavaşlama olur.
- Kompansatuar hipertrofiye uğramaktadır.
- Genç böbreğe oranla %30 oranında fonksiyonlarda azalma olur.

### **Solunum sistemi**

- Anterio-posterior çapında artma, kifoza,
- Gs duvarının kompliance azalma,
- Alveollerin sayısında azalma ( septaların destruksiyonu),
- Akciğerlerin rijiditesinde artma,
- Residüel volümde, fonksiyonel rezidüel kapasite ve total akciğer kapasitesinde artma,
- Vital kapasitede azalma,
- Hava yollarının elastikiyetinin azalması; erken kollabe olması sebebiyle,
- Pulmoner infeksiyon riskinde artma,
- Mukosiller aktivitenin azalması, sık aspirasyon ve farinkste gram negatif kolonizasyonun oranında artma olur.

#### **Gastro intestinal sistem:**

##### **Diş:**

- 65 Yaşında %50 oranında dişlerde kayıp gözlenir.

##### **Özafagus:**

- Nonperistaltik hareketlerde artma,
- Yaygın kontraksiyon geçiş zamanında azalma,
- Hiperklorhidri hipogastrinemi oranında artma,
- Kolumnar epitelde artış olur.

##### **Mide:**

- Asid sekresyonunda %20 oranında azalma,
- İntestinal metaplazi ve polipoziste artış,
- Atrofik gastrit insidansında artış olur.

##### **İnce bağırsak:**

- Peyer plakları ve lenfoid dokuda azalma,

- Ca'un aktif transportunda azalma,
- Endokrin fonksiyonlar ve Fe emiliminde azalma olur.

**Kolon:**

- Muskuler mukoza tabakasının kalınlaşması,
- Divertikülosis insidansında artma,
- İntestinal motilitede azalma (hipotoninin artması peristaltik hareketlerin azalması) ,
- Fekal inkontinans insidansında artma, external sfinkter tonusunda azalma (nörolojik hastalıklarlada ilgili) gözlenir.

**Karaciğer:**

- Karaciğer ağırlığında %20 oranında azalma,
- Albümin azalma ve total protein bağlı olmadan globülinde artma,
- Karaciğer fonksiyon testleri normal (indirek bilirubin, ALT, AST ve ALP ),
- Enzim sistemindeki etkinliğin azalmasına bağlı olarak ilaç metabolizmasında yavaşlama olur.

**Safra kesesi:**

- Kolesterol stabilizasyon mekanizmasında azalmayla,
- 80 yaşlarında %40 oranında taş insidansı artmaktadır

**Pankreas:**

- Ağırlığı değişmez.
- Fonksiyonel dokuda azalma vardır. (tripsin azalmakta fakat bikarbonat, lipaz ve amilaz stümülasyonları normal)

**Edokrin sistem:**

**Pituitary:** Stres varlığında ACTH salınımı azalmaktadır

**Tiroid:** T4 ve TSH normal T3 azalma gözlenir.

**Paratiroid:** Hormon düzeylerinde değişiklik yoktur

**Pankreas:** İnsülin sekresyon hücrelerinde ve fonksiyonlarında azalma olur.

**Adrenal:** Diurnal ritim normaldir

- Sekresyon ve salgılama oranları azalmış,
- Stres yanıtı azalmış,
- Adrenal androjen oranı %50 oranında azalma olur.

**Hemopoitik sistem ve immün sistem:**

- Kırmızı hücreler normal,
- Hemotokrit artmış,
- Demir Emilimi azalmış,
- Platelet oranları normal,
- Fibrinojen oranlarında artma,
- Fagositik fonksiyonlar normal IgA ve IgG normal, IgM azalmıştır.
- Yaşlılarda hipersensitivite azalmıştır.

**Nörolojik sistem:**

- Geometrik senil plaklarında artış,
- Serebral kan basıncında azalma,
- Beyin ağırlığında %7 oranında azalma,
- Santral sinir sisteminde kan akımında %20 oranında azalma olur.

**Duyu sistemi:**

**Görme:**

- Görme keskinliğinde ve alanında azalma,
- İşığa pupiller yanıtta büyük ölçüde kayıp,
- Akomadosyonda azalma,
- İntraoküler sıvıdaki reabsorpsiyonda azalma,
- Kronik glokom,

- Lens ölçüsünde artma,
- Astigmatizm , myopia ve katarakta artma olur.

**Duyma:**

- Timpanik membran esnekliğinde azalma,
- Yaşa bağlı olarak ton eşliğinde artma olur.

**Tat:**

- Tat duyusu tomurcuklarında sayı ve fonksiyonel olarak azalma gözlenir.

**Koku:**

- Tat duyusuyla aynı orana sahip (%22 si normal) fizyolojik değişiklikler olur.

**Kas- iskelet sistemi:**

- Vertebral aralık daralır,
- Boy kısalmır ve kifoz görülür.

**Kemik:**

- Genel kemik kaybı görülür,
- Trabeküler kayıp olur.
- Femur ve vertebra fraktüründe artma meydana gelir.

**Eklem:**

- Eklem yüzeyinde kartilaj atrofisi (fibriller dejenerasyon) oluşur.

**Kas:**

- Yağ hücre artışı,
- Kaslarda ilerleyen mekanik kuvvet kaybı gözlenir (55).

Yaşlı hastanın, anamnez ve fiziksel muayenesinin yapıldığı ortamın özellikli olması gerekmektedir. Muayene odası tekerlekli sandalye, koltuk değneği, bakıcı ile rahat hareket etmeye olanak sağlayacak şekilde düzenlenmeli. Muayene iyi aydınlatılmış, oda ısısı ayarlanmış, rahatlatıcı bir ortamda yapılmalı. İşitme kaybının olacağı düşünülerek



hasta ile olan diyalogda yüksek tonda, yavaş ve tane tane konuşmaya özen gösterilmelidir. Hastayla yalnız konuşmak özel problemlerini paylaşmak için önemlidir. Anamnez ilk olarak hastadan alınmakla birlikte, yakınlarından da sorgulanmalıdır. Yaşla birlikte görülen unutkanlık, dikkat dağınıklığı, algılama bozukluğu, ifade yetersizliği gibi nedenlerle hastanın verdiği bilgiler yetersiz olabilir (56).

Yaşlılarda birçok hastalığın bir arada bulunması, hastaların hikâyesini alırken daha dikkatli olmayı gerektirmektedir. Birden fazla hastalığın ayırıcı tanısının yapılması mevcut şikayetlerinin, halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı gibi yeni bir hastalığın uyarıcısı olacağı akıldan çıkarılmamalıdır. İlk muayeneye gelen hastanın, kullandığı ve evde olup ta kullanmadığı ilaçları da diğer muayenelerde getirmesi istenir. Özellikle yaşlı hastalarda, yanlış ilaç kullanımından doğan yan etkiler ve ilaç intoksikasyonları, önemli ve önlenebilir bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (57) .

Fiziksel muayeneye geçmeden önce hastanın sosyal anamnezinin dikkatli ve geniş bir şekilde alınması gerekmektedir. Sosyal anamnez de kişinin, tek başına yaşayıp yaşamadığı, birlikte yaşıyorsa kimlerle kaldığı, akrabalarıyla, arkadaşları ile ve komşuları ile olan ilişkileri sorgulanmalıdır. Bu konuda birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalarda sosyal ilişkilerin kuvvetlendirilmesinin bayanlarda, kognitif değişiklikler üzerine (demans gibi) koruyucu etkilerinin olduğu tespit edilmiştir (58).

Sosyal ilişkilerin yaşlı hastalarda görülen ağrı ve depressif semptomları, bir başka araştırmada da mortalite riskini azalttığı gözlenilmiştir. Mesleği, geçimini nasıl sağladığı, ev içinde ki yaşam koşulları mutlaka öğrenilmeli. Hastanın beslenmesi ve aşılama yönelik bilgileri tespit edilmelidir (59- 62) .

İyi bir anamnezden sonra, hastanın psikolojik, kognitif durumunun ve fonksiyonlarının değerlendirilmesi için birkaç test de yapılmalıdır. Bu amaçla en sık "Folstein Mini Mental Durum Değerlendirme Skalası", "Geriatric Depresyon Skalası" ve "Günlük Yaşam Aktivite-Enstrümental Aktivite Skalaları" kullanılmaktadır. Hastanın okuryazarlığı, yorgunluk, tedirginlik ve zorlanmış olması testlerde %40 oranında yetersizlikle sonuçlanabileceği gibi %39,4 oranında da yalancı pozitiflik oluşturabilir. Burada önemli olan düzenli takiplerinde test skorlarında ki değişikliklerdir (63).

Sağlık danışmanlığı yaşlı hastalar için önemlidir. Yıllık kontrollerinde hastaların sigara, obesite, egzersiz ve beslenme alışkanlıkları gözden geçirilerek, düzenlenmesi gerekmektedir

### **Fiziksel muayene**

Hastanın öz bakımının ve ruhsal durumunun değerlendirilmesiyle başlanır. Bu değerlendirme kısa, basit ve etkili olmalıdır. Birinci basamak, koruyucu hekimlikte hastanın düzenli kontrollerinde fonksiyonel durumunun değerlendirilmesi önemlidir. Fonksiyonel değerlendirme yaşlının neleri yaptığı ile ilgilidir. Bunun için basit ölçekler kullanılır. Günlük aktivite ölçeğinde, temel yaşam gereksinimleri değerlendirilirken, enstrümental aktivite ölçeğinde yaşamsal ancak daha karmaşık aktiviteler izlenir (telefon, seyahat, mali idare, ilaç kullanımı) (64). Muayeneye geçerken hastanın kalkması ve yürümesine bakılmalıdır. Bu muayene için Tinetti denge ve yürüme testi (timed up and go test TUP) uygulanır. Önemli bir tarama testidir. Hastanın sandalyeden kalkıp 3-4 metre yürüyerek tekrar oturması 10 saniyeden fazla oluyorsa denge veya hareket kabiliyetinin bozulmuş olabileceğini düşündürür. Bu da hastanın denge ve varsa düşme probleminin değerlendirilmesi için önemlidir (9,10). Özellikle spesifik nörolojik

hastalıklarda, görme problemlerinde, kas iskelet sistemi hastalıklarında, çevresel engellerin olduğu durumlarda sık raslanan bir problem olduğu akıldan çıkarılmamalıdır (65-66).

İlk muayenede boy ve kilo mutlaka kaydedilmelidir. Bu değerler, beslenme durumunun değerlendirilmesi, sıvı alımı ve yüklenme problemleri açısından önemlidir. Beslenme bozukluğu olan yaşlı hastalarda hipokolosterolemi ve hipoalbünemi sık raslanmaktadır. Mevcut hastalığın takibinde önemli olmakla birlikte, hastalığın şiddeti ve komplikasyonları için önemli bir risk faktörü olduğu unutulmamalıdır. Ağız sağlığı, sosyal ve ekonomik problemler, anoreksia, kronik hastalıklar, beslenme durumunu büyük ölçüde etkilemektedir (67-70). Yaşlı hastalarda son 6 ay içinde %10 veya daha fazla kilo kaybı olup olmadığı sorgulanmalıdır. Periyodik olarak vücut ağırlığı değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmede tarama amaçlı Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi kullanılabilir. Test sonucuna göre de hastaların diyetleri düzenlenmelidir. Özellikle diyetteki yağ ve kolesterol oranı azaltılarak lif ve komplike karbonhidratlar ile yer değiştirmesi sağlanmalıdır (13).

Vital bulgulara geçildiğinde yaşlılar için postural hipotansiyon mortalite ve morbilite açısından önemlidir. Yaşlıların %10'unda postural hipotansiyon görülmektedir. Bu durumda ilaç yan etkileri ve volüm değişiklikleri açısından ayrıncı tanının da yapılması gerekmektedir. Psödohipertansiyon aterosklerotik damar yapılarında görülen bir problemdir. Tanısına, hastanın tansiyonu ölçülürken manşon, 1. Karatkoff sesinin üstü bir dereceye kadar şişirilmeli, radial ve brakial arter halen kollabe olmuyor ve palpe ediliyorsa psödohipertansiyon olduğu düşünülmelidir (57).

Yaşlanma ile birlikte görme ve işitme duyusunda azalma gözlenecektir. Duyusal işlevin bozulması günlük aktivitelerini de etkileyecektir. Görme keskinliği için Snellen

şeması kullanılmalıdır. Glokom, hipertansiyon, diyabet, serobrovasküler olaylar gibi kronik hastalıklar açısından göz dibi muayenesi yapılması önemlidir (71) .

Presbiakuzi, yaşlılarda özellikle yüksek frekanslı seslerin duyulmasını engelleyen bir durumdur. Bu durum yaşlılarda sosyal izolasyona neden olur ki bu da depresyona zemin hazırlayan önemli bir problemdir. Altmışbeş yaşın üstünde her 3 yaşlıdan birinde belirgin işitme kaybı vardır. Seksenbeş yaşın üstünde ise her 2 yaşlıdan birinin işitme problemi olmaktadır (15). İşitme kaybı için fısıldama testi ve diapozon testi uygulanmalıdır. Dış kulak yolu serumen birikimi varsa temizlenmelidir. Altmışbeş yaşın üstü bütün hastalarda görme ve işitme yılda 1 kez taranmalıdır. Görme ve işitme kaybı yaşlının kaderi olmamalı, ilgili bölümlere konsülte edilerek tedavisi düzenlenmelidir (72).

Ağız sağlığı yaşlı hastanın yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemektedir. Düzenli olarak vizitlerde beslenme durumu açısından ağız sağlığı ve diş muayenesinin kontrol edilmesi gerekir. Bu konuda birçok araştırma yapılmış, ağız hastalığına bağlı ölümlerin çok olmadığı ancak her yıl 8000 kişinin ağız kanserinden öldüğü tespit edilmiştir. Bu hastaların da yarısı 65 yaş ve üstü olduğu gözlenmiştir (73,74).

Boyun muayenesinde hareket kapasitesi değerlendirilmeli, eklem aralıklarının açık olup olmadığına bakılmalıdır. Omuz ve el eklem aralıklarının muayeneside önemlidir. Hastanın ellerini önce başının arkasında sonra belinin arkasında birleştirmesi istenir. Bu hareketlerde kısıtlılık varsa daha ileri bir tetkik yapılabilir. Omuz ve bütün vücut eklem hareketlerinde ki kısıtlılık hastanın günlük aktivitelerini etkilemesi açısından önemlidir (57).

Yaşlı bayanlarda meme kanser riskinin yaşla birlikte artması nedeniyle yıllık meme muayenesi ve mamografinin yapılması gerekmektedir. Amerikan Aile Hekimleri

Birliği (AAFP), 50 yaşından sonra her kadına yılda 1 kez tarama amaçlı mamografi çekilmesini ve kendi kendine muayene yönteminin öğretilmesini önermektedirler. 70 yaş üstü için mamografi ile taramanın devam etmesi konusu tartışmalıdır (71).

Kardiyak muayenede yaşlı hastalarda %30 ila %80 arasında sistolik üfürüme ve S4 sesine raslanmaktadır. Diastolik üfürüm hiçbir zaman normal değildir. Periferel nabızlar kontrol edilmeli, arterial dolaşım yetmezliği açasından değerlendirilmelidir. Gode bırakan bir ödem sağ kalp yetmezliği ve hipoalbünemi açasından akılda tutulmalıdır. Abdominal muayenede, bu yaş grubunda 3 cm üstünde kitle pulsatil ve sistolik üfürüm varsa aort anevrizmasından şüphelenilmelidir.

Yaşlı hastaların yıllık periodik muayenelerinde mutlaka rektal tuşe yapılmalıdır. Prostat hiperplazisinin değerlendirilmesi, fekoloid içeriğine bakılması, gaitada gizli kanın araştırılması açasından önemlidir. Amerikan Kanseri Birliği (ACS), yılda 1 kez rektal muayene yapılmasını ve gaitada gizli kan testi bakılmasını ve 3 veya 5 yılda bir de, sigmoidoskopi yapılmasını önermektedir. Kolonoskopi, tanı ve takip amacı ile aile anamnezi pozitif olan erken evre kolon kanserinde, herediter polipozis, inflamatuvar barsak hastalığı ve yüksek riskli polip anamnezi olan hastalara uygulanmalıdır (71). Yaşlı kadınların jinekolojik muayenelerinde atrofik vajinit, sistosel, rektosel, uterus prolapsusu değerlendirilmelidir.

Nörolojik muayenede hastanın kognitif fonksiyonlarının bazali belirlenmelidir. Kranial sinir muayenesi, sensörimotor ve refleks muayeneleri uygun bir şekilde yapılmalıdır. Hastalarda motor kuvvette, yaşla birlikte azalma gözlenir. Nörolojik muayeneyle birlikte performansın da değerlendirilmesi gerekmektedir. Cilt muayenesi, kuruluk, aktinik kerato, staz ülserleri, bazal hücreli karsinom ve malign melanom açasından değerlendirilmelidir (57).

İmmünizasyon koruyucu hekimlik için önemli bir konudur. Yaşlılık, immun sistemin zayıfladığı, hastalıklara karşı daha hassas olunan bir dönemdir. Son yıllarda kabul gören genel aşı uygulamalarında, artık tüm yaşlılara influenza ve pnömokoklara yönelik rutin aşı önerilmektedir. İnfluenza için aşı tekrarı yılda 1 kez, pnömokok için aşı tekrarı 5 yıldan sonra, 10 yılda bir de tetanoz toksoidi (rapel) için yapılması önerilmektedir. Hepatit A ve B ye karşı aşılama risk grubunda olan 65 yaş ve üstü hastalara yapılabilir. Suçiçeği ise daha önce hastalık veya aşı anamnezi olmayan tüm yaşlılara önerilmektedir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Yaşlıların duygu durumlarının, fonksiyonlarının ve mental durumlarının değerlendirilmesi, kişilerin bu özellikli olan döneme uyumlarının artırılması için önemlidir. Çalışmayı “Yaşlılık Dönemi Genel Sağlık Problemlerinin Yönetimi” projesi kapsamında yürüttük.

Çalışmaya başlamadan önce Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’nun onayı alındı (Ek 1). Ocak 2008–2009 tarihleri arasında, Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nin Ankara Pursaklar ek binasında Aile Hekimliği Polikliniği’ne başvuran ve araştırmayı kabul eden 60 yaş ve üstü 101 hasta çalışmamıza alındı. Hastalar çalışmayı yürüten doktor ve hemşire tarafından bire bir görüşülerek aydınlatılmış onam formu ile bilgilendirildi. Çalışmaya katılanların ayrıntılı anamnezi alındı, fizik muayeneleri yapıldı. Anamnezde hastaların enstrümental aktivitelerine etki ettikleri düşünülen faktörler olan, cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumları, evde kaç kişi yaşadıkları, engelli olup olmadıkları, duyma ve görme problemleri, kronik hastalıkları, tanı almış olduğu hastalıkları ve kullandığı ilaçları sorgulandı. İşitme problemi olan hastalar Weber ve Rinne Testi yapılarak odiyometri ve buşon temizliği için Kulak Burun Boğaz bölümüne yönlendirildi.

Estrümental günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek üzere Lawton ve Brody’nin “Enstrümental Günlük Yaşam Aktviteleri İndeksi” (EGYA) kullanıldı. Bu indeks, telefon kullanma, yemek hazırlama, alış veriş yapma, günlük ev işlerini yapma, günlük bakım idaresi, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren 9 sorudan oluşmaktadır. Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1

puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. EGYA'de 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Bu ölçekler hem yurt dışında hem de ülkemizde yaygın olarak kullanılmakta olan, geçerlilikleri ve güvenilirlikleri yüksek olan ölçektir (15) (EK 2).

Günlük enstrümental aktiviteleri etkileyen faktörleri EGYA'leri dikkate alınarak 8 başlıkta değerlendirildi. Bunları hastaların, numaraları tanıyıp tanımadığı, görme ve duyma problemi olup olmadığı, demans, psikiyatrik hastalıklar, engelli olması ve diğer grup (tek başına seyahat etmemiş, markete gitmemiş vs.) olarak nitelendirildi. Tüm katılımcılara EGYA uygulanarak, her bir aktivitedeki bağımlılık oranları ve bunları etkileyen risk faktörleri tespit edildi.

Duygu durumu, yaşlılarda uygulanan Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ile değerlendirildi. Geriatrik Depresyon Ölçeği, ilk olarak Yesavage ve arkadaşları tarafından (1983) geliştirilmiştir (76,78). Otuz cümleden oluşan, değerlendirmesi, evet ve hayır ile yapılan bir ölçektir. Kesme noktası 13/14'tür. Bu kesim değerinin üstü yaşlılarda depresyon için anlamlıdır. Türk toplumunda güvenilirliği Aktürk ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (75-78) (Ek 3).

Hastaların kognitif fonksiyonları Standart Mini Mental Test (SMMT) ile değerlendirildi. Folstein ve ark. tarafından yayımlanan orijinal SMMT'nin, Güngen ve ark. tarafından Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (95). Eğitimli ve eğitimsizler için düzenlenmiş 2 formdan oluşur. Hastalarımızın eğitim durumlarına göre testler uygulandı. Standardize Mini Mental Test, oryantasyon (10 puan), kayıt (3 puan), dikkat ve hesaplama (5 puan), hatırlama (3 puan) ve lisan (9 puan) olmak üzere 5 bölümden oluşur. Test günlük hekimlik pratiğinde kolaylıkla uygulanabilir ve yaşlılarda



kognitif fonksiyon taraması için oldukça uygundur. Toplam skor 30 dur. Yirmidört ve altında puan alanlar demans açısından araştırılmalıdır (Ek 4) (79,80).

Elde edilen verilerin daha iyi değerlendirilebilmesi için Aile Hekimliği 08-C veri toplama formu oluşturuldu. Veriler bu forma kaydedildi (Ek 5).

İstatistikler “SPSS for Windows 13.0” (SPSS Inc. USA) programı ile yapıldı. Çalışmamızda deskriptif ve analitik yöntemler kullanıldı. İlk önce deskriptif yöntemlerle yaşlıların genel özellikleri ortaya konuldu. Verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, çapraz tablolar, Spearman Korelasyon, Mann Whitney U, Faktöryel Anova testleri kullanılmıştır. P değerinin  $< 0,05$  olması istatistik olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmanın değişkenleri tablo 1 de gösterilmiştir.

**Tablo 1- Araştırma değişkenleri**

<b><u>BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER</u></b>	<b><u>BAĞIMLI DEĞİŞKENLER</u></b>
Yaş	EGYA
Cinsiyet	SMMT
Eğitim	GDS
Engellilik durumu	
Kronik hastalıklar	
Kullandığı ilaçlar	

EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi

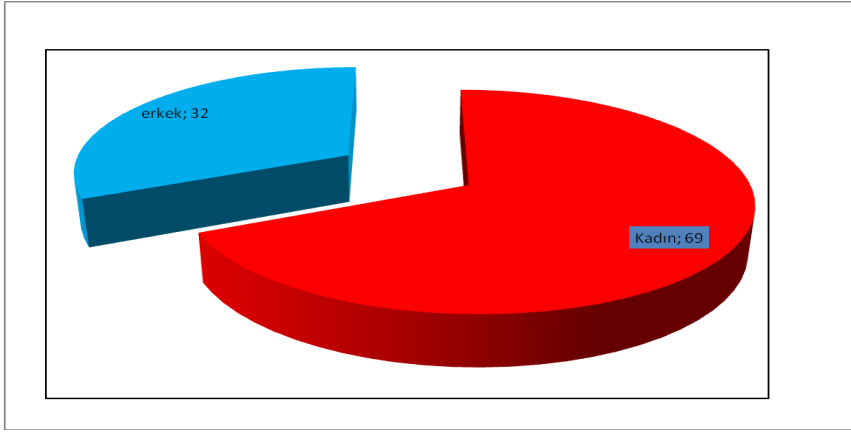
SMMT: Standartize Mini Mental Test

GDS: Geriatrik Depresyon Skalası

#### 4. BULGULAR

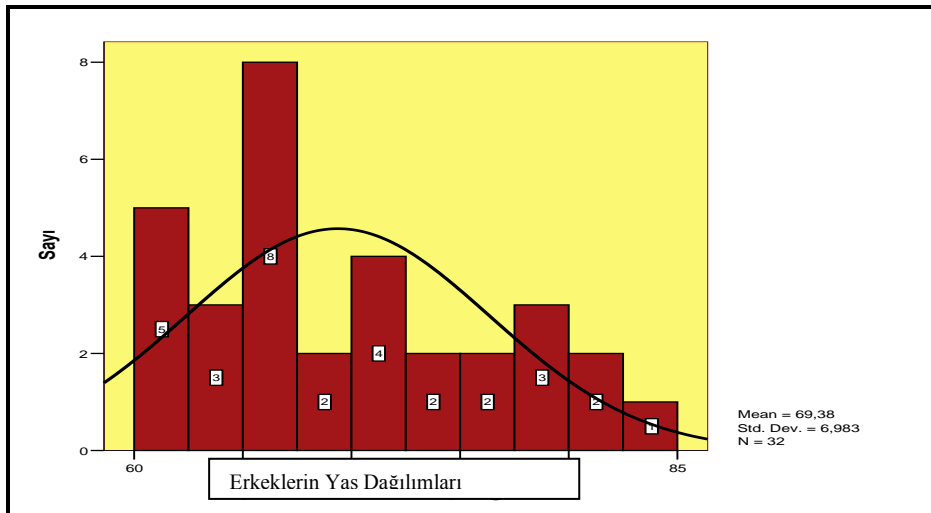
Çalışma sonunda 101 kişinin verilerinin analizi yapıldı. Demografik özelliklerine bakıldığında 101 katılımcının, 32 si erkek (yaş ortalaması:  $69.38 \pm 6.9$  ) ve 69 u kadından (yaş ortalaması:  $67 \pm 5.5$  ) oluşmaktaydı. Kadın ve erkeklerin yaşları arasında istatistiksel olarak fark yoktu. Katılımcıların cinsiyet dağılımı Şekil 10'da gösterilmiştir.

**Şekil 10- Cinsiyet dağılımı**

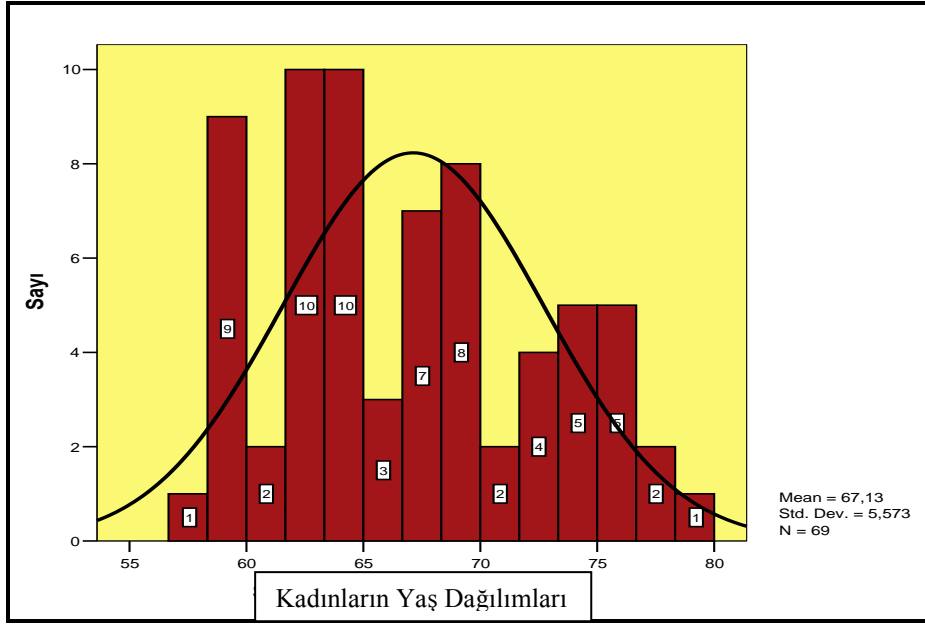


Katılımcıların cinsiyete göre ortalama yaş dağılımları şekil 11 -12'de gösterilmiştir.

**Şekil 11- Erkeklerin ortalama yaş dağılımı**



Şekil 12- Kadınların yaş dağılımları



Evdeki kişi sayısı ortalaması:  $2,6 \pm 1,44$  ve okul yılı ortalaması:  $3,3 \pm 3,6$  yıl idi. Erkeklerin 29'u (%90,6) okur-yazar, 3'ü (% 9,4) okur- yazar değildi. Kadınların 40'ı (% 58) okur-yazar, 29'u (%42) okur-yazar değildi.

Katılımcıların engelli olup olmadıkları değerlendirildi. Erkeklerin 32'si (%100) engelli değildi. Bayanların ise 63'ü (% 91,3) engelli değilken, 6'sı (%8,7) engelliydi. Katılımcıların görme ve duyma duyuları sorgulandı. Bayanların 5'inde görme engeli vardı (3'ünde katarakt, 1'inde şaşılık, 1'inde görme problemi). Bir kişide cihazla düzeltilen duyma problemi vardı. Diğer katılımcıların ise hafif derecede presbiakuzileri ve presbiyopileri vardı. Bu katılımcılar engelli olarak kabul edilmedi.

Katılımcıların ilaç kullanımları sorgulandı. Buna göre hastalar 2 gruba ayrıldı. 2 ve daha fazla ilaç kullananlar ve 2 den az ilaç kullananlar olarak sınıflandırıldı. 2 den

daha fazla ilaç kullananların ortalaması 57 (% 56,4) idi. 21 (% 65,6) erkek ve 36 (52,2) kadın 2 ve daha fazla ilaç kullanıyorlardı.

**Tablo-2 Yaşlıların Genel Özellikleri**

Parametre	Erkek		Kadın		Genel	
	Sayı	Ort±S.S/%	Sayı	Ort±S.S/%	Sayı	Ort±S.S/
Yaş	32	69,4 ±6,9	69	67 ± 5,5	101	67.8 ± 6
Ev Kişi	32	2,6± 1,15	69	2,6 ± 1,56	101	2.6 ±1,44
Okul Yılı	32	5,6 ± 4	69	2,2 ± 2,8	101	3.3 ±3,59
Okur Yazar	29	(90,6)	40	58	69	(68,3)
Okur Yazar Değil	3	(9,4)	29	42	32	(31,7)
Engelli	0		6	8,7	6	(5,9)
Engelli Değil	32	(100)	63	91,3	95	(94,1)
=> 2 ilaç kullanan	21	(65,6)	36	52,2	57	(56,4)

Olguların kronik hastalıklara göre dağılımına bakıldığında iskemik kalp hastalığı olanların sayısı 21 (%20,8), ağrılı osteoartrit 11 (%10,9), kognitif problemleri olan hastalar 19 (%18,8), depresyon 32 (%31,7), serebrovasküler hastalık 6 (%5,9), kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlar 12 (%11,9), diyabetüs mellitus 24 (%23,8), hipertansiyon olan hastalar 66 (%65,3)'nü oluşturmaktaydı. Cinsiyet dağılımına göre kronik hastalıklara bakıldığında kadınların %62,3'ünde hipertansiyon, %42'sinde depresyon, %24,6'sında diyabetus mellitus, %24,6'sında kognitif problemler, %15,6 'sında iskemik kalp hastalıkları, %11,6'sında ağrılı osteoartroz, %11,6'sında kronik obstrüktif akciğer hastalığı, %5,8'inde serebro vasküler hastalık tespit edilmiştir. Erkeklerdeki kronik hastalık dağılım yüzdesi ise şu şekildedir: %71,9'u hipertansiyon, %31,3'ü iskemik kalp hastası, %21,9'u diyabetus mellitus, %12,5'i kronik obstrüktif

akciğer hastalığı, %9,4'ü depresyon, %9,4'ü ağırlı osteoartroz, %6,3'ü serebro vasküler hastalık, %6,3'ü kognitif problemlere sahipti. Yaşlıların kronik hastalık özellikleri tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo-3 Yaşlıların Kronik Hastalık Özellikleri**

Parametre	Erkek		Kadın		Genel	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İKH	10	31,3	11	15,9	21	20.8
OA(Ağırlı)	3	9,4	8	11,6	11	10.9
Kognitif.Prb	2	6,3	17	24.6	19	18.8
Depresyon	3	9,4	29	42	32	31.7
SVO	2	6,3	4	5.8	6	5.9
KOAH	4	12,5	8	11.6	12	11.9
DM	7	21,9	17	24.6	24	23.8
HT	23	71,9	43	62.3	66	65.3

İKH: İskemik kalp hastalığı, OA:osteoartroz SVO:Serebro Vasküler Olay KOAH:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  
DM: Diyabetes Mellitus HT:Hipertansiyon

### **Çoklu karşılaştırmalar**

#### **Katılımcıların EGYA ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması**

##### **1-Katılımcıların EGYA daki telefon kullanabilme yeteneği ile diğer faktörlerin**

**karşılaştırılması:** Lawton'un günlük enstrümental aktivite ölçeğinde telefonu tek başına kullanabilme yeteneği ile bağımsız değişkenler karşılaştırıldığında okur-yazar olmak ve yaş faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4'de gösterilmiştir.

**Tablo 4- Lawton telefon kullanabilme yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması**

parametre	Tip 3 kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	P
CİNS	1,088	1	1,088	2,586	,112
OKUR_YAZARLIK	5,249	1	5,249	12,474	<,001
ENGLİ OLMAK	,098	1	,098	,233	,631
GÖRME PROBLEMİ	1,489	1	1,489	3,540	,063
DUYMA PROBLEMİ	,409	1	,409	,971	,327
ILAC	,079	1	,079	,188	,666
OA(Ağrılı)	,041	1	,041	,097	,756
KOGNİTİF PROBLEM	,388	1	,388	,922	,340
SVO	,175	1	,175	,417	,520
KOAH	,143	1	,143	,341	,561
DM	,025	1	,025	,060	,807
HT	,418	1	,418	,993	,322
Yaş	5,102	1	5,102	12,125	<,001
EVDEKİ KİŞİ SAYISI	1,492	1	1,492	3,545	,063
OKUL YILI	,817	1	,817	1,941	,167
SMMT TOPLAMI	,216	1	,216	,513	,476
DEPRESYON	,235	1	,235	,558	,457

OA:osteoartroz, SVO:Serebro Vasküler Olay, KOAH:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  
DM: Diyabetes Mellitus , HT:Hipertansiyon, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

R kare = ,395 (Düzeltilmiş R kare = ,271)

Lawton telefon kullanabilme yeteneği ile diğer faktörler arasında korelasyon analizi yapıldı. Analiz sonucuna göre telefon kullanabilme ile evdeki kişi sayısı, SMMT ve GDS arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı; ancak yaş ve cinsiyet faktörlerinin p değerleri Lawton telefon skoru ile anlamlı bulundu. Tablo'5 de gösterilmiştir. Okur-yazar olanların (n=69) Lawton telefon skorları, olmayanlardan (n=32) istatistiksel olarak daha yüksek idi (2,83±0.54; 2,19±0.96; p< 0.001)

**Tablo 5- Lawton telefon ile diğer faktörlerin korelasyonu**

		Lawton telefon	Evdeki kişisayısı	Okul Yılı	SMMT TOPLAMI	GDS	Yaş
Spearman's Rho	Korelasyon katsayısı	1,000	-,170	,336	,223	,158	-,316
<b>Lawton Telefon</b>	P	-	,089	,001	,025	,115	,001
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	-,170	1,000	-,054	,099	,030	-,042
<b>Evdeki Kişi</b>	P	,089		,591	,326	,766	,673
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	,336	-,054	1,000	,413	-,321	-,208
<b>Okul Yılı</b>	P	,001	,591	-	,000	,001	,037
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	,336	-,054	1,000	,413	-,321	-,208
<b>SMMT Toplamı</b>	P	,025	,326	,000	-	,032	,077
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	,158	,030	-,321	-,213	1,000	-,111
<b>GDS</b>	P	,115	,766	,001	,032	-	,268
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	-,316	-,042	-,208	-,177	-,111	1,000
<b>Yaş</b>	P	,001	,673	,037	,077	,268	-
	N	101	101	101	101	101	101

GDS:Geriatrik Depresyon Skoru, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

## 2- Katılımcıların EGYA yolculuk yapabilme yeteneği ile diğer faktörlerin

### karşılaştırılması

Katılımcıların tek başına bağımsız şekilde yolculuk yapabilme yetenekleri ile bağımsız faktörler arasında yapılan istatistiksel analizde cinsiyet, okuryazarlık, okul yılı, yaş, SMMT ve kronik hastalıklardan hipertansiyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tablo'6 da gösterilmiştir.

**Tablo 6- Lawton yolculuk yapabilme yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması**

parametre	Tip3 kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	P
CINSİYET	3,809	1	3,809	8,350	,005
OKUR_YAZALIK	1,827	1	1,827	4,006	,049
ENGELLİ OLMAK	,170	1	,170	,373	,543
GÖRME PROBLEMİ	1,477	1	1,477	3,238	,076
DUYMA PROBLEMİ	1,529	1	1,529	3,352	,071
ILAC	,684	1	,684	1,499	,224
İKH	,001	1	,001	,002	,969
OSTEOARTROZ	1,425	1	1,425	3,123	,081
SVO	,135	1	,135	,296	,588
KOAH	,181	1	,181	,396	,531
DIYABETUS MELLİTUS	,000	1	,000	,000	,983
HİPERTANSİYON	3,292	1	3,292	7,216	,009
Yas	6,788	1	6,788	14,881	<,001
EV_KISI	,287	1	,287	,629	,430
OKUL_YIL	2,671	1	2,671	5,856	,018
SMMT_TOP	4,318	1	4,318	9,466	,003
DEPRESYON	,472	1	,472	1,034	,312

İKH: İskemik kalp hastalığı, OA:osteoartroz SVO:Serebro Vasküler Olay, KOAH:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

R kare = ,468 (Düzeltilmiş R kare = ,219)

Katılımcıların yolculuk yapabilme yeteneği ile bağımsız faktörler arasındaki korelasyon analizine bakıldığında yaş, okul yılı, mini mental test skoru arasında p değeri 0.01 bulunmuştur. Evdeki kişi sayısı ve depresyon skalası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Bu değerler tablo'7 de gösterilmiştir. Okur-yazar olanların (n=69) Lawton yolculuk skorları, olmayanlardan (n=32) daha yüksek idi (2,62±0.77; 2,13±0.91), Erkeklerin (n=32) Lawton yolculuk skorları kadınlardan (n=69) daha yüksek idi (2,84±0.51; 2.29±0.90). Hipertansif olanların (n=66) Lawton yolculuk skorları hipertansif olmayanlardan (n=35) daha yüksek idi (2,55±0.78; 2,31±0.93 ). İkili



karşılaştırmalardaki p değerleri anlamlı değildi, ancak diğer faktörlerle bir arada değerlendirildiğinde aradaki farklar anlamlı bulundu.

**Tablo-7 Lawton yolculuk ile diğer faktörlerin korelasyonu**

		Lawton Yolculuk	Yaş	Evdeki kişisayısı	Okul Yılı toplamı	SMMT	GDS
Spearman's Rho	Korelasyon katsayısı	1,000	-,325	-,050	,334	,327	-,096
<b>Lawton Yolculuk</b>	P	-	,001	,616	,001	,001	,342
	N	101	101	101	101	101	101
<b>Yaş</b>	Korelasyon katsayısı	-,325	1,000	-,042	-,208	-,177	-,111
	P	,001	,673	,673	,037	,077	,268
<b>Evdeki Kişi</b>	Korelasyon katsayısı	,050	-,042	1,000	-,054	,099	,030
	P	,616	,673	-	,591	,326	,766
<b>Okul Yılı</b>	Korelasyon katsayısı	,334	-,208	-,054	1,000	-,413	-,321
	P	,001	,037	,591	-	,000	,001
<b>SMMT Toplamı</b>	Korelasyon katsayısı	,327	-,177	-,099	-,413	1,000	-,213
	P	,001	,077	,326	,000	-	,032
<b>GDS</b>	Korelasyon katsayısı	-,096	-,111	,030	-,321	-,213	1,000
	P	,342	,268	,766	,001	,032	-
	N	101	101	101	101	101	101

GDS:Geriatrik Depresyon Skoru, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

### 3- Katılımcıların EGYA'deki alışveriş yapabilme yeteneği ile bağımsız faktörlerin karşılaştırılması

Katılımcıların bağımsız şekilde alışverişlerini yapabilme yeteneği ile diğer faktörler arasında yapılan istatistikte cinsiyet, yaş ve kronik hastalıklardan KOAH arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Tablo 8'de gösterilmiştir.

**Tablo 8- Lawton alışveriş yapabilme yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması**

parametre	Tip 3 kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	P
CİNSİYET	2,284	1	2,284	6,543	,012
OKUR_YAZAR	,849	1	,849	2,432	,123
ENGELLİ	1,285	1	1,285	3,682	,058
GÖRME PROBLEMİ	,134	1	,134	,385	,537
DUYMAPROBLEMİ	,082	1	,082	,236	,629
ILAÇ	,475	1	,475	1,361	,247
IKH	,000	1	,000	,000	,985
OSTEOARTROZ	,277	1	,277	,792	,376
SVO	,513	1	,513	1,470	,229
KOAH	1,641	1	1,641	4,701	,033
DM	,151	1	,151	,432	,513
HİPERTANSİYON	,392	1	,392	1,124	,292
Yas	3,279	1	3,279	9,394	,003
EVDEKİ KISI	,022	1	,022	,063	,802
OKUL YILI	1,247	1	1,247	3,574	,062
SMMT_TOP	,344	1	,344	,985	,324
DEPRESYON	,007	1	,007	,020	,888

İKH: İskemik kalp hastalığı, SVO:Serebro Vasküler Olay, KOAH:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  
DM:Diyabetes Mellitus, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

R kare = ,351 Düzeltilmiş R kare = ,219

Katılımcıların alışverişlerini bağımsız yapabilme yeteneği ile diğer faktörler arasında yapılan korelasyon analizinde yaşla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Okul yılı, evdeki kişi sayısı, SMMT ve GDS arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bu değerler tablo 9'da gösterilmiştir. Erkeklerin (n=32) Lawton alışveriş skorları, kadınlardan (n=69) daha yüksek olarak tespit edilmiştir (2,94±0.35 ;

2.61±0.75 p=0.014). KOAH hastası olanların (n=12) Lawton alışveriş skorları, KOAH olmayanlardan (n=89) daha düşük bulunmuştur (2,25±0.96; 2,78±0.59 P=0.013 ).

**Tablo 9- Lawton alışveriş yapabilme ile diğer faktörlerin korelasyonu**

		Yaş	Evdeki kişi sayısı	Okul yılı toplamı	SMMT	GDS	Lawton alışveriş
Spearman's Rho	Korelasyon katsayısı	1,000	-,042	-,208	-,177	-,111	-,357
<b><u>Yaş</u></b>	P	-	,673	,037	,077	,268	,000
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	-,042	1,000	-,054	,099	,030	,055
<b><u>Evdeki Kişi Sayısı</u></b>	P	,673		,591	,326	,766	,588
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	-,208	-,054	1,000	,413	-,321	,216
<b><u>Okul Yılı</u></b>	P	,037	,591	-	,000	,001	,030
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	-,177	,099	,413	1,000	-,213	,176
<b><u>SMMT Toplamı</u></b>	P	,077	,326	,000	-	,032	,078
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	-,111	,030	-,321	-,213	1,000	-,111
<b><u>GDS</u></b>	P	,268	,766	,001	,032	-	,268
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	-,357	,055	,216	,176	-,111	1,000
<b><u>LAWTON Alışveriş</u></b>	P	,000	,588	,030	,078	,268	-
	N	101	101	101	101	101	101

GDS:Geriatrik Depresyon Skoru, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

#### 4- Katılımcıların EGYA'deki yiyecek hazırlama yeteneği ile bağımsız faktörlerin karşılaştırılması

Katılımcıların yiyeceklerini tek başına hazırlayabilme yeteneği ile bağımsız faktörler karşılaştırıldı. Yiyecek hazırlama yeteneği ile ağırlı osteoartroz arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Diğer faktörlerle ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Bu değerler tablo 10'da gösterildi. Osteoartrozu olanların (n=11) Lawton yiyecek hazırlama skorları, osteoartrozu olmayanlardan (n=90) daha düşük idi (2,82±0.6; 2,99±0.1)

**Tablo 10- Lawton yiyecek hazırlama yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması**

parametre	Tip 3 kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	P
CİNSİYET	,078	1	,078	1,603	,209
OKUR_YAZAR	,001	1	,001	,023	,879
ENGELLİ	,126	1	,126	2,596	,111
GÖRME PROBLEMİ	,038	1	,038	,778	,380
DUYMAPROBLEMİ	,008	1	,008	,166	,684
ILAÇ	,033	1	,033	,688	,409
IKH	,025	1	,025	,518	,474
OSTEOARTROZ	,195	1	,195	4,040	,048
SVO	,008	1	,008	,160	,690
KOAH	,019	1	,019	,387	,536
DM	,097	1	,097	2,009	,160
HİPERTANSİYON	,006	1	,006	,132	,717
Yas	,071	1	,071	1,462	,230
EVDEKİ KISI	,060	1	,060	1,231	,270
OKUL_YILI	,008	1	,008	,167	,684
SMMT_TOP	,001	1	,001	,023	,880
DEPRESYON	,121	1	,121	2,502	,118

İKİH: İskemik kalp hastalığı, SVO:Serebro Vasküler Olay, KOAH:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  
DM:Diyabetes Mellitus, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

R kare = ,183 (Düzeltilmiş R kare = ,015)

## **5- Katılımcıların EGYA'deki ev işlerini yapabilme yeteneği ile bağımsız faktörlerin karşılaştırılması**

Katılımcıların ev işlerini bağımsız şekilde yapabilme yeteneği ile diğer faktörler arasındaki ilişki karşılaştırılmış. Engelli olmakla ev işlerini bağımsız şekilde yapabilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Cinsiyet, okuryazarlık, diğer kronik hastalıklar, yaş, evdeki kişi sayısı, SMMT ve GDS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu değerler tablo 11'de gösterilmiştir. Engelli

olanların (n=6 ) Lawton evişleri hazırlama skorları engelli olmayanlardan (n=95) daha düşük idi ( $2,33\pm 0.81$ ;  $2,97\pm 0.23$   $p<0.001$ ).

**Tablo 11- Lawton ev işleri yapabilme yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması**

parametre	Tip 3 kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	P
CİNSİYET	,155	1	,155	1,836	,179
OKUR YAZAR	,003	1	,003	,037	,847
ENGELLİ	1,919	1	1,919	22,765	,000
GÖRME PROBLEMİ	,018	1	,018	,214	,645
DUYMAPROBLEMİ	,005	1	,005	,062	,804
ILAÇ	,054	1	,054	,644	,424
IKH	,017	1	,017	,198	,657
OSTEOARTROZ	,113	1	,113	1,341	,250
SVO	,109	1	,109	1,288	,260
KOAH	,119	1	,119	1,415	,238
DM	,224	1	,224	2,661	,107
HİPERTANSİYON	,003	1	,003	,033	,856
YAŞ	,264	1	,264	3,134	,080
EVDEKİ KISI	,021	1	,021	,250	,618
OKUL YILI	,024	1	,024	,281	,598
SMMT_TOP	,005	1	,005	,060	,808
DEPRESYON	,100	1	,100	1,191	,278

İKH: İskemik kalp hastalığı, SVO:Serebro Vasküler Olay, KOAH:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  
DM:Diyabetes Mellitus, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

R kare = ,335 (Düzeltilmiş R kare = ,198)

## 6- Katılımcıların EGYA'deki günlük bakım ile bağımsız faktörlerin karşılaştırılması

Katılımcıların genel bakımlarını tek başına yapabilme yeteneği ile bağımsız faktörleri istatistiksel olarak karşılaştırdığımızda engelli olmak ve yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer bağımsız faktörlerden; Cinsiyet, okuryazarlık, kronik hastalıklar , ilaç kullanımı, evdeki kişi sayısı,SMMT ve GDS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

ilişki bulunamamıştır. Bu değerler tablo 12’de gösterilmiştir. Engelli olanların (n=6 ) Lawton günlük bakım skorları engelli olmayanlardan (n=95) daha düşük idi ( $2,67 \pm 0.81$ ;  $2,97 \pm 0.23$   $p=0.040$ ).

**Tablo 12- Lawton günlük bakım yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması**

parametre	Tip 3 kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	P
CİNSİYET	,130	1	,130	1,580	,212
OKUR YAZAR	,077	1	,077	,940	,335
ENGELLİ	,460	1	,460	5,593	,020
GÖRMEPROBLEMİ	,108	1	,108	1,311	,256
DUYMAPROBLEMİ	,017	1	,017	,203	,654
ILAC	,167	1	,167	2,039	,157
IKH	,121	1	,121	1,473	,228
OSTEOARTROZ	,086	1	,086	1,051	,308
SVO	,042	1	,042	,514	,476
KOAH	,083	1	,083	1,010	,318
DM	,198	1	,198	2,410	,124
HİPERTANSİYON	,046	1	,046	,561	,456
YAŞ	,329	1	,329	4,000	,049
EVDEKİ KISI	,092	1	,092	1,116	,294
OKUL YILI	,055	1	,055	,664	,417
SMMT_TOP	,002	1	,002	,023	,880
DEPRESYON	,119	1	,119	1,450	,232

IKH: İskemik kalp hastalığı, SVO:Serebro Vasküler Olay, KOAH:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  
DM:Diyabetes Mellitus, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

R kare = ,221 (Düzeltilmiş R kare = ,061)

Katılımcıların genel bakım yetenekleri ile bağımsız faktörler arasında korelasyon analizi yapıldı. Bu analize göre genel bakımla yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Evdeki kişi sayısı, okul yılı, SMMT ve GDS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu değerler tablo 13’de gösterilmiştir.

**Tablo 13-Lawton günlük bakım ile diğer faktörlerin korelasyonu**

		Yaş	Evdeki kişi sayısı	Okul yılı toplamı	SMMT	GDS	Lawton günlük bakım
Spearman's Rho	Korelasyon katsayısı	1,000	-,042	-,208	-,177	-,111	-,357
<b>Yaş</b>	P	-	,673	,037	,077	,268	,000
	N	101	101	101	101	101	101
<b>Evdeki Kişi Sayısı</b>	Korelasyon katsayısı	-,042	1,000	-,054	,099	,030	,055
	P	,673		,591	,326	,766	,588
<b>Okul Yılı</b>	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	-,208	-,054	1,000	,413	-,321	,216
<b>SMMT Toplamı</b>	P	,037	,591	-	,000	,001	,030
	N	101	101	101	101	101	101
<b>GDS</b>	Korelasyon katsayısı	-,177	,099	,413	1,000	-,213	,176
	P	,077	,326	,000	-	,032	,078
<b>LAWTON Günlük Bakım</b>	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	-,111	,030	-,321	-,213	1,000	-,111
<b>Lawton Günlük Bakım</b>	P	,268	,766	,001	,032	-	,268
	N	101	101	101	101	101	101
<b>Lawton Günlük Bakım</b>	Korelasyon katsayısı	-,220	,044	,216	,058	,092	1,000
	P	,027	,664	,030	,561	,358	-
<b>Lawton Günlük Bakım</b>	N	101	101	101	101	101	101

GDS:Geriatrik Depresyon Skoru, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

## 7- Katılımcıların EGYA'deki çamaşır yıkama yeteneği ile bağımsız faktörlerin karşılaştırılması

Katılımcıların çamaşırılarını tek başına yıkayabilme yeteneği ile bağımsız faktörleri istatistiksel olarak karşılaştırdık. Yaşla arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer faktörlerden cinsiyet, okur yazarlık, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, evdeki kişi sayısı, SMMT ve GDS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu değerler tablo 14' de gösterilmiştir.

**Tablo 14-Lawton çamaşır yıkama yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması**

parametre	Tip 3 kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	P
CİNSİYET	,195	1	,195	1,599	,210
OKUR YAZAR	,233	1	,233	1,915	,170
GÖRME PROBLEMİ	,108	1	,108	,889	,348
DUYMAPROBLEMİ	,072	1	,072	,595	,443
ILAC	,264	1	,264	2,169	,145
IKH	,166	1	,166	1,365	,246
OSTEOARTROZ	,005	1	,005	,042	,839
SVO	,043	1	,043	,350	,556
KOAH	,148	1	,148	1,216	,273
DM	,116	1	,116	,952	,332
HİPERTANSİYON	,130	1	,130	1,066	,305
YAŞ	1,068	1	1,068	8,773	,004
EVDEKİ KISI	,021	1	,021	,176	,676
OKUL YILI	,181	1	,181	1,491	,226
SMMT_TOP	,025	1	,025	,203	,654
DEPRESYON	,032	1	,032	,264	,609
ENGELLİ	,004	1	,004	,030	,862

İKİH: İskemik kalp hastalığı, SVO:Serebro Vasküler Olay, KOAH:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  
DM:Diyabetes Mellitus, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

R kare = ,193 (Düzeltilmiş R kare = ,027)

Katılımcıların çamaşır yıkama yetenekleri ile bağımsız faktörler arasında korelasyon analizi yapıldı. Bu analiz sonucuna göre yaşla, çamaşırını tek başına yıkayabilme yeteneği istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Diğer bağımsız faktörlerden evdeki kişi sayısı, okul yılı, SMMT ve GDS ile çamaşır yıkama yeteneği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı. Bu değerler tablo 15’de gösterildi.

**Tablo 15- Lawton çamaşır yıkama ile diğer faktörlerin korelasyonu**



		Yaş	Evdeki kişi sayısı	Okul yılı toplamı	SMMT	GDS	Lawton Çamaşır
Spearman's Rho	Korelasyon katsayısı	1,000	-,042	-,208	-,177	-,111	-,245
<b>Yaş</b>	P	-	,673	,037	,077	,268	,014
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	-,042	1,000	-,054	,099	,030	,053
<b>Evdeki Kişi Sayısı</b>	P	,673		,591	,326	,766	,598
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	-,208	-,054	1,000	,413	-,321	,146
<b>Okul Yılı</b>	P	,037	,591	-	,000	,001	,146
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	-,177	,099	,413	1,000	-,213	,128
<b>SMMT Toplamı</b>	P	,077	,326	,000	-	,032	,204
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	-,111	,030	-,321	-,213	1,000	-,020
<b>GDS</b>	P	,268	,766	,001	,032	-	,842
	N	101	101	101	101	101	101
	Korelasyon katsayısı	-,245	,053	,146	,128	,020	1,000
<b>LAWTON Çamaşır</b>	P	,014	,598	,146	,204	,842	-
	N	101	101	101	101	101	101

GDS:Geriatrik Depresyon Skoru, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

## 8- Katılımcıların EGYA'deki ilaç kullanabilme yeteneği ile bağımsız faktörlerin karşılaştırılması

Katılımcıların tek başlarına ilaçlarını kullanabilme yeteneği ile bağımsız faktörler arasında yapılan istatistiksel analizde yaşla anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer faktörlerden cinsiyet, okuryazarlık, kronik hastalıklar, engelli olup olmaması, evdeki kişi sayısı, SMMT ve GDS ile ilaç kullanabilme yeteneği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamıştır. Bu değerler tablo 16' da gösterilmiştir.

**Tablo 16- Lawton ilaç kullanabilme yeteneği ile faktörlerin karşılaştırılması**

parametre	Tip 3 kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	P
CİNSİYET	,165	1	,165	2,083	,153
OKUR_YAZAR	,005	1	,005	,061	,805
GÖRMEPROBLEMİ	,067	1	,067	,851	,359
DUYMAPROBLEMİ	,052	1	,052	,654	,421
ILAC	,125	1	,125	1,582	,212
IKH	,068	1	,068	,859	,357
OSTEOARTROZ	,068	1	,068	,860	,356
SVO	,053	1	,053	,670	,415
KOAH	,064	1	,064	,812	,370
DM	,027	1	,027	,338	,563
HİPERTANSİYON	,004	1	,004	,047	,829
YAŞ	,456	1	,456	5,752	,019
EVDEKİ KISI	,028	1	,028	,357	,552
OKUL YILI	,022	1	,022	,277	,600
SMMT_TOP	,044	1	,044	,552	,460
DEPRESYON	,002	1	,002	,025	,874
ENGELLİ	,017	1	,017	,213	,646

IKH: İskemik kalp hastalığı, SVO:Serebro Vasküler Olay, KOAH:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  
DM:Diyabetes Mellitus, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

R kare = ,161 (Düzeltilmiş R kare = -,011)

Katılımcıların tek başlarına ilaç kullanabilme yeteneği ile diğer bağımsız faktörler arasında korelasyon analizi yapıldı. Bu analiz sonucuna göre ilaç kullanabilme yeteneği ile SMMT arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulundu. Diğer bağımsız faktörlerden evdeki kişi sayısı, okul yılı, yaş, yaşlılık depresyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı. Bu değerler tablo 17’de gösterildi.

**Tablo 17- Lawton ilaç kullanımı ile diğer faktörlerin korelasyonu**

		Yaş	Evdeki kişi sayısı	Okul yılı toplamı	SMMT	GDS	Lawton İlaç
<b>Yaş</b>	Spearman's Rho	1,000	-,042	-,208	-,177	-,111	-,175
	Korelasyon katsayısı						
	P	-	,673	,037	,077	,268	,081
	N	101	101	101	101	101	101
<b>Evdeki Kişi Sayısı</b>	Korelasyon katsayısı	-,042	1,000	-,054	,099	,030	-,084
	P	,673		,591	,326	,766	,403
	N	101	101	101	101	101	101
<b>Okul Yılı</b>	Korelasyon katsayısı	-,208	-,054	1,000	,413	-,321	,082
	P	,037	,591	-	,000	,001	,414
	N	101	101	101	101	101	101
<b>SMMT Toplamı</b>	Korelasyon katsayısı	-,177	,099	,413	1,000	-,213	,010
	P	,077	,326	,000	-	,032	,922
	N	101	101	101	101	101	101
<b>GDS</b>	Korelasyon katsayısı	-,111	,030	-,321	-,213	1,000	,107
	P	,268	,766	,001	,032	-	,285
	N	101	101	101	101	101	101
<b>LAWTON İlaç</b>	Korelasyon katsayısı	-,175	-,084	,082	,010	,107	1,000
	P	,081	,403	,414	,922	,285	-
	N	101	101	101	101	101	101

GDS:Geriatrik Depresyon Skoru, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

## 9- Katılımcıların EGYA'deki mali durum idaresi ile bağımsız faktörlerin karşılaştırılması

Katılımcıların mali durumlarını tek başına idare edebilme yeteneği ile bağımsız faktörler arasında istatistiksel analiz yapıldı. Bu analiz sonucuna göre mali durumları idare edebilme yeteneği ile cinsiyet arasında ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Diğer faktörlerden okuryazarlık, kronik hastalıklar, engelli olup olmaması, evdeki kişi sayısı, SMMT ve GDS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı. Bu değerler tablo 18'de gösterildi.

**Tablo 18- Lawton mali durum idaresi ile faktörlerin karşılaştırılması**

parametre	Tip 3 kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
CİNSİYET	,748	1	,748	4,053	,047
OKUR_YAZAR	,374	1	,374	2,027	,158
GÖRME PROBLEMİ	,030	1	,030	,160	,690
DUYMAPROBLEMİ	,001	1	,001	,006	,936
ILAÇ	,004	1	,004	,021	,886
IKH	,014	1	,014	,075	,785
OSTEOARTROZ	,013	1	,013	,072	,789
SVO	,037	1	,037	,201	,655
KOAH	,163	1	,163	,881	,351
DM	,099	1	,099	,538	,466
HİPERTANSİYON	,290	1	,290	1,571	,214
YAŞ	1,321	1	1,321	7,158	,009
EVDEKİ KISI	,004	1	,004	,021	,885
OKUL YILI	,106	1	,106	,575	,450
SMMT_TOP	,069	1	,069	,374	,542
DEPRESYON	,161	1	,161	,870	,354
ENGLLİ	,051	1	,051	,278	,599

IKH: İskemik kalp hastalığı, SVO:Serebro Vasküler Olay, KOAH:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  
DM:Diyabetes Mellitus, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

R kare = ,194 (Düzeltilmiş R kare )= ,029)

Katılımcıların mali durumlarını idare edebilme yeteneği ile bağımsız faktörler arasında yapılan korelasyon analizinde mali durumunu idare edebilme yeteneği ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer bağımsız faktörlerden evdeki kişi sayısı, okul yılı, SMMT, GDS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu değerler tablo 19’da gösterilmiştir. Erkeklerin (n=32) Lawton alışveriş skorları, kadınların (n=69) skorlarından daha yüksek olarak bulunmuştur(3±0 ; 2.86±0.52 )

**Tablo 19- Lawton malı durum idaresi ile diğer faktörlerin korelasyonu**

		Yaş	Evdeki kişi sayısı	Okul yılı toplamı	SMMT	GDS	Lawton Mali durum
Spearman's Rho	Korelasyon katsayısı	1,000	-,042	-,208	-,177	-,111	-,259
<b>Yaş</b>	P	-	,673	,037	,077	,268	,009
	N	101	101	101	101	101	101
<b>Evdeki Kişi Sayısı</b>	Korelasyon katsayısı	-,042	1,000	-,054	,099	,030	,000
	P	,673		,591	,326	,766	1,000
	N	101	101	101	101	101	101
<b>Okul Yılı</b>	Korelasyon katsayısı	-,208	-,054	1,000	,413	-,321	,159
	P	,037	,591	-	,000	,001	,112
	N	101	101	101	101	101	101
<b>SMMT Toplamı</b>	Korelasyon katsayısı	-,177	,099	,413	1,000	-,213	,110
	P	,077	,326	,000	-	,032	,275
	N	101	101	101	101	101	101
<b>GDS</b>	Korelasyon katsayısı	-,111	,030	-,321	-,213	1,000	,104
	P	,268	,766	,001	,032	-	,299
	N	101	101	101	101	101	101
<b>LAWTON Mali Durum</b>	Korelasyon katsayısı	-,259	,000	,159	,110	,104	1,000
	P	,009	1,000	,112	,275	,299	-
	N	101	101	101	101	101	101

GDS:Geriatrik Depresyon Skoru, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

## 11- Katılımcıların EGYA'deki toplam skorları ile bağımsız faktörlerin karşılaştırılması

Katılımcıların Lawton enstrümental günlük yaşam aktivite skorları ile bu skoru etkileyen bağımsız faktörler arasında yapılan istatistiksel analizde cinsiyetin, okuryazarlığın, okul yılının ve yaşın anlamlı bir ilişkisi vardır. Diğer faktörlerden, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, engelli olup olmaması, evdeki kişi sayısı, SMMT ve GDS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu değerler tablo 20' de gösterilmiştir.

**Tablo 20- Lawton toplam skor ile faktörlerin karşılaştırılması**

parametre	Tip 3 kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
CİNSİYET	53,007	1	53,007	8,326	,005
OKUR_YAZAR	35,035	1	35,035	5,503	,021
GÖRME PROBLEMİ	1,758	1	1,758	,276	,601
DUYMAPROBLEMİ	8,336	1	8,336	1,309	,256
ILAÇ	13,999	1	13,999	2,199	,142
IKH	2,580	1	2,580	,405	,526
OSTEOARTROZ	14,735	1	14,735	2,315	,132
SVO	1,391	1	1,391	,219	,641
KOAH	,255	1	,255	,040	,842
DM	2,983	1	2,983	,469	,496
HİPERTANSİYON	11,630	1	11,630	1,827	,180
YAŞ	118,515	1	118,515	18,616	,000
EVDEKİ_KISI	,992	1	,992	,156	,694
OKUL_YILI	25,896	1	25,896	4,068	,047
SMMT_TOP	9,117	1	9,117	1,432	,235
DEPRESYON	1,052	1	1,052	,165	,685
ENGLİ	14,823	1	14,823	2,328	,131

IKH: İskemik kalp hastalığı, SVO:Serebro Vasküler Olay, KOAH:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  
DM:Diyabetes Mellitus, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

R kare = ,408 (Düzeltilmiş R kare = ,287)

Katılımcıların Lawton skalasından elde ettikleri toplam skorla bağımsız faktörler arasında korelasyon analizi yapıldı. Bu analiz sonucuna göre yaş (p:0.00), okul yılı (p:0.013), minimal test skoru (p:0.011), toplam skor ile istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Diğer bağımsız faktörlerden evdeki kişi sayısı, GDS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı. Bu değerler tablo 21’de gösterildi. Erkeklerin (n=32) Lawton toplam skorları kadınlardan (n=69) daha yüksek olarak bulundu (26,6±1,24 ; 24,9±3,4 p=0.001). Okuryazar olanların (n=69) Lawton toplam skorları olmayanlardan (n=32) daha fazla idi (26±2,6 ; 24,2±3,4 p=0.014) .

**Tablo 21- Lawton toplam ile diğer faktörlerin korelasyonu**

		Yaş	Evdeki kişi sayısı	Okul yılı toplamı	SMMT	GDS	Lawton Toplam
Spearman's Rho	Korelasyon katsayısı	1	-,049	-,199	-,126	-,169	-,384
<b>Yaş</b>	P	-	,625	,046	,208	,091	,000
	N	101	101	101	101	101	101
<b>Evdeki Kişi Sayısı</b>	Korelasyon katsayısı	-,049	1	-,083	,050	,019	-,057
	P	,625		,408	,617	,852	,568
	N	101	101	101	101	101	101
<b>Okul Yılı</b>	Korelasyon katsayısı	-,199	-,083	1	,449	-,181	,245
	P	,046	,408	-	,000	,070	,013
	N	101	101	101	101	101	101
<b>SMMT Toplamı</b>	Korelasyon katsayısı	-,126	,050	,449	1	-,184	,251
	P	,208	,617	,000	-	,065	,011
	N	101	101	101	101	101	101
<b>GDS</b>	Korelasyon katsayısı	-,169	,019	-,181	-,184	1	,055
	P	,091	,852	,070	,065	-	,587
	N	101	101	101	101	101	101
<b>LAWTON Toplam</b>	Korelasyon katsayısı	-,384	,057	,245	,251	,055	1
	P	,000	,568	,013	,011	,587	-
	N	101	101	101	101	101	101

GDS:Geriatrik Depresyon Skoru, SMMT:Standartize Mini Mental Test Skoru

## 5. TARTIŞMA

Son 20 yıl içinde demografik yapıda büyük değişiklikler olmuş. Yaşlı nüfusunun toplam nüfustaki oranı her geçen gün artmıştır. Toplumların ortak politikalarında yaşlı nüfusunun, yaşam koşullarının düzenlenmesine, yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik planlar ve hedefler yer almıştır. Bu hedeflerden biriside yaşlı grubunda yapılacak araştırmaların artırılması ve desteklenmesidir. Araştırmamız, bu amaçla yaşlılarımızın hangi aktivitelerde daha fazla bağımlı olduğunu ve bunu etkileyen faktörleri tespit etmeye yönelik olmuştur.

Araştırmamızın örnekleme, Ankara Pursaklar ilçesinde yaşayan 1 sene içinde aile hekimliği yaşlı bakım polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 101 yaşlı hastadan oluşmaktaydı. Araştırmamıza demografik açıdan baktığımızda 101 hastanın %70'i bayan %30 erkek hastaydı. Yaşlıların özellikleri incelendiğinde

### **Okur yazar olmak**

Araştırmamıza katılan 101 kişiden % 68,3'ü okuryazar, %31,7' si okuryazar değildi. Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalarda da bu oranların değiştigi gözlenmiştir. Bu çalışmalar, Çubukcu (81) tez çalışmasında Edirne il merkezinde araştırmaya katılan okur-yazar yaşlı bireylerin sayısını %54,6 bulmuştur. Bahar ve ark. (82), Gaziantep huzurevinde yaptığı çalışmasında, katılımcıların %40,9'unun, Ankara da Şahin ve ark. (83) yaptığı çalışmada %39'unun okur-yazar olmadığı saptanmıştır Muğla il merkezi'nde Çalıştır ve ark.'ın(84) yaptığı alan çalışmasında da yaşlıların %24,9'u okuryazar olmadığı saptanmış idi. Bizim araştırmamızda sonuçlar diğer araştırma sonuçlarının orta yerinde durmaktadır.



Araştırmamızda okur-yazar olmayan erkeklerin yüzdesi %9.4 iken, okur-yazar olmayan bayanların yüzdesi %42 bulundu. Türkiye Devlet İstatistik 2009 verilerine göre okur-yazar olmayan 60 yaş ve üstü bayanların yüzdesi % 44 iken bu oran erkeklerde %14 olarak tespit edilmiş idi. Araştırmamızın sonunda, okur-yazar olmamayı bayanların daha fazla etkilediğini tespit ettik. Pursaklar ilçesinde yaşayan halkın sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, kırsal kesim olması, göç alan bir bölgemiz olması itibariyle burada yaşayan ve ileri yaşta olan bayanların okur-yazarlık oranı Türkiye ortalamasına göre daha fazla bulunduğunu düşünmekteyiz.

### **Evde kalan birey sayısı**

Türkiye 2009 Devlet İstatistik verilerine göre aile yapısı araştırılmıştır. Türkiye nüfusunun %87'si çekirdek aile yapısında, %13'ü geniş aile yapısında, %6'sı tek kişilik hane yapısından oluştuğu tespit edilmiştir (85). Araştırmamıza katılan bireylerin evde kaç kişi ile birlikte yaşadıkları sorgulandı ve ortalama  $2,6 \pm 1,44$  kişi olarak bulundu. Bu sayı çekirdek aile yapısı profili ile uyumlu idi. Dünya sağlık örgütünün 2006 verilerine göre, yaşlı nüfusunun %14'ünün yalnız yaşadığı saptanmıştır (1). Çubukçu'nun (81) tez çalışmasında %61,2'si eşi veya eşi ve çocuklarıyla beraber, %23,8'i çocuklarıyla beraber, %9'u ise yalnız yaşamaktaydı. Çalıştır ve ark. (84)'nin yaptığı çalışmada, eşi veya eşi ve çocuklarıyla beraber yaşayan birey oranı %72,1, çocuklarıyla beraber yaşayan birey oranı %14,4, yalnız yaşayan birey oranı ise %13,3 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise yalnız yaşayanların oranı %11,8 idi. Bu bakımdan, önceki çalışmalardan daha iyi durumda olduğumuz söylenebilir. Gelişmekte olan ülkelerde büyük kentlere göçün yaşanması geleneksel aile tipini değiştirmektedir. Bu koşullar yaşlıların geniş aile yapısında yaşamasını engellemekte, sosyal ekonomik destekten yoksun yalnız yaşayan yaşlı profilini artırmaktadır. Bu yaşlılarımızın sayısı her geçen

gün artış göstermektedir (86,87). 2008 yılında Ulusal Yaşlanma Enstitüsünün davranış ve sosyal kaynaklar bölümünün yayınladığı bir rapor bulunmaktadır (8) . İçeriğinde, aile ortamında yaşlanmanın, sosyal desteğin, komşu ve akrabalarla bağlantının önemi, evliliğin sürdürülmesi ve bu yaş grubunda en büyük desteğin eş olduğu vurgulanmış ve sağlık ve siyasi alanda bu yönde politikaların belirlenmesi ve planlanması tavsiye edilmiştir.

### **İlaç kullanımı**

Çalışmamıza katılan 101 hastanın ilaç kullanımları sorgulandı. İki'den fazla ilaç kullananların ortalaması %56,4 (57 kişi) idi. Bu grubun 21 (% 65,6)' i erkek ve 36 (% 52,2)'sı kadındı. Daha önce, Türkiye de 23 ildeki huzurevlerinde 1944 kişinin katıldığı bir çalışma yapılmış (88). Bu çalışmada yaşlıların ne kadar ilaç kullandıkları ve hangi sistemi ilgilendiren ilaç aldıkları sorgulanmış. Araştırmaya katılanların %11,7'sinin dört ilaç, % 17,3'ünün ise beş ve daha fazla sayıda ilaç kullanmakta olduğu tespit edilmiş. Polifarmasi ve bildirilen ilaç yan etkileri arasında da pozitif korelasyon saptandığı belirtilmiştir.

Essengen ve ark.'nın (89 ) huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı ile ilgili olarak yaptığı çalışmada büyük çoğunluğun (erkeklerin %94,4'ü ve kadınların %80,4'ü) en az bir ilaç kullandığı, ortalama olarak kullanılan ilaç sayısının kadınlarda 3,59, erkeklerde ise 2,39 olduğu görülmüştür. Polifarmasi ile yaşlı hastaların kognitif ve fonksiyonel durumlarının bozulması arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da bir ilaç kullananların oranı % 45,4 idi.

Kutsal ve ark.'nın (90 ) 12 farklı şehirde tıp fakültesi hastanesine başvuran 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerde, çoklu ilaç kullanımı ile ilgili çalışması olmuştur.

Örnekleme, 1443 yaşlı bireyden oluşmuş ve araştırmaya katılanların %23,2'sinin sadece 1 ilaç kullandığını %17'sinin 2 ilaç, %19,2'sinin 3 ilaç, %38,2'sinin 4 ve daha fazla ilaç kullandığı ifade edilmiştir.

Şahin ve ark.'nın (91) Ankara da 1300 kişi ile yaptığı çalışmada yaşlıların yarısından fazlasının sürekli ilaç kullandığı , çoklu ilaç kullanımının kadınlarda daha fazla olduğu tespit edilmiş. Bizim çalışmamızda ilaç kullanımı bakımından cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Örnek sayımızın az olmasının sonuç üzerinde etkisinin olabileceğini düşünüyoruz

Dişçigil ve ark.'nın (92) yaptığı toplum içinde ve bakımevinde kalan yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının değerlendirildiği çalışmada ortalama ilaç kullanımı 4,5 olarak bulunmuştur. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ile ilaç kullanımı sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yaşlıların ilaç kullanımları değerlendirilmiş. Yaşlıların %95'nin haftada en az bir ilaç kullandığı %40'dan fazlasının haftada beş veya daha fazla, %12'sinin on veya daha fazla ilaç kullandığı tespit edilmiştir (93). Çoklu ilaç kullanımı yaşlıların yaşam kalitesini etkilemektedir Ayrıca ilaçların istenmeyen yan etkilerinin de yaşlı bireylerde GYA ve EGYA'lerinde bağımlılığı arttırdığı düşünülmektedir (94). Bu konuda hekimlerin ve hasta yakınlarının daha hassas olması gerekmektedir. Hekimlerin tanısı kesinleştirilmeden yaşlı hastalara ilaç reçete etmemeleri, minimal düzeyde ilaç yazmaları, ilaçların yan etkilerini ve diğer ilaçlarla etkileşimlerinin iyi bilmeleri gerekmektedir. Araştırmamızın sonucunda da yaşlı hastaların %50 den fazlası 2 den fazla ilaç kullanmaktaydı. İlerleyen yaşla birlikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerin iyi bilinmesi, yaşlılarda ilaç kullanımıyla ilgili

eğitimlerin özellikle birinci basamak hekimlere verilmesiyle ilgili çalışmaların artırılmasını öngörmekteyiz.

***Enstrümental yaşam aktivitelerini etkileyen bağımsız faktörlerin değerlendirilmesi;***

***1-Telefon kullanabilme becerisi:*** İlerleyen yaş ve okur–yazarlıkla da bu aktivitenin anlamlı bir şekilde etkilendiğini tespit ettik. Yaş arttıkça ve okur-yazar olmayanlarda skorlar azalmakta idi. Bu konuda yapılan çalışmalara baktığımızda;

Şahbaz ve Tel'in (95) 2006 yılında yaptığı çalışmada da EGYA nin kadınlarda ve erkeklerde bağımlılık durumlarının farklı olduğunu, kadınların telefon edebilme (%49,3), para idaresi (%36,3), alışveriş yapma (%58,9), ulaşım araçlarına binme (%56,2) gibi enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeylerinin erkeklere göre daha düşük olduğu, erkeklerin ise yemek hazırlama (%57,8), ev işleri yapma (%50,6), çamaşır yıkama (%50) gibi aktivitelerde bağımsızlık durumlarının kadınlardan daha düşük olduğu saptanmış idi. Bizim araştırmamızda ise cinsiyet faktörünün telefon etme üzerine tek başına etkili olmadığını gözledik.

Sabancıoğulları ve ark. (96 ) İstanbul'da, 60 yaş ve üstü kişilerde evde ve kurumda yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve depresyon yaşama durumu ile ilgili çalışmasında, 60 yaş üstü bireylerin %21,9'nun telefon aktivitesinde bağımlı olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada kadın cinsiyetin, ileri yaşın, okur-yazar olmayanların, sosyokültürel düzeyi düşük olanların enstrümantal aktivitede daha fazla bağımlı olduğu tespit edilmiştir. Yapılan değişik çalışmalarda, cinsiyetin yaşam aktiviteleri üzerine etkisi, bazılarına göre anlamlı bazılarına göre ise anlamsız bulunmuştur. Uçku ve Ergin (1993) (97) günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunun kadınlarda daha fazla olduğunu, Arslan'da (98) yaşlılarda fonksiyonel durum ve özgürlüğün değerlendirilmesine yönelik çalışmasında kadınların GYA'de

erkeklerden daha az bağımsız olduklarını, Tanrikulu ve Yardımcı (99) GYA'leri ve EGYA' deki bağımlılık durumu ile cinsiyetler arasında fark olmadığını belirlemiştir.

Araştırmamızın sonuçları bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Telefon kullanabilme yeteneği okuryazarlıkla bağlantılı olup bayanlarda okuma yazma oranının düşük olması bu alanda bayanların bağımlılığını daha çok ön plana çıkarmış olabilir. Artan yaşın etkisi ise, yaşla birlikte görme ve duyma problemlerinin artması da bu aktivite için risk faktörüdür. Acil durumlarda okuryazar olmayan yaşlılarımıza bu aktiviteyi yapabilmeleri için telefon numaralarının büyük harflerle kodlanarak ulaşabileceği yere konulması sağlanabilir. Muayene vizitlerinde senede 1 defa duyma ve görme muayenelerinin ilgili hekimler tarafından yapılmasına dikkat edilmeside bu problemden kaynaklanan bağımlılığı ortadan kaldırabilir.

**2-Yolculuk aktivitesi:** Çalışmamızda okur-yazarlık, kognitif fonksiyonları değerlendiren skorun düşüklüğü, yaşlanma, cinsiyet, kronik hastalıklar (*hipertansiyon*), eğitim yılının etkileri gibi faktörler, Lawton yolculuk skorunu etkilemekteydi.

Araştırmamıza katılan 101 yaşlı kişinin mevcut kronik hastalıkları soruldu. Kronik hastalığı olmayan yaşlı birey yoktu. En az bir ve birden fazla kronik hastalıkları vardı. Bu hastaların % 65'inde hipertansiyon mevcuttu. Bizler çalışmamızda, yolculuk aktivitesinde hipertansiyonu anlamlı bulduk. Bu alanda yapılan çalışmalara baktığımızda

Aydın ve ark.'nın (100) çalışmasında hipertansiyon, hem enstrümental hemde günlük aktivitede yetersizlik için bağımsız belirleyiciler olarak saptanmıştır

İngilterede yapılan bir çalışmada hipertansif yaşlı bireylerde kognitif değişikliklerin hastalığın tedavi edilmemesi ile kötüleştiği tespit edilmiş idi (101). Kronik hastalıklar yaşlı bireylerin yaşam kalitesini ve beklentisini büyük ölçüde etkilemektedir. Altmış beş

yaş üzerindeki kişilerin % 90'ının genellikle kronik bir hastalığının olduğu, bunların yüzde 35'inde 2, yüzde 23'ünde 3 ve yüzde 14'ünde 4 veya daha fazla kronik hastalığın bir arada bulunduğu görülmüştür. Yaşlı ölümleri genellikle bu hastalıklara ve yan etkilerine bağlı olmaktadır.

Uçku ve Erginin (97) çalışmasında hiçbir kronik hastalığı olmayanda bağımlılık oranını %9,1 bulurken en az bir kronik hastalığı olanlarda %28,8 bağımlı olduğu bulunmuştur

Ölüç'ün (102) 2007 yılında Edirne ilinde yaptığı yaşlılarda, sağlıklı ilintili yaşam kalitesi ile ilgili tezinde 884 yaşlı bireyi incelemiştir. Bu grubun %85'inde kronik hastalık olduğu, %15'inde ise kronik hastalık olmadığını saptamıştır. Çubukçu'nun (81), tez çalışmasında katılımcıların %84,3'ünün; Ulusel ve ark.'nın (103), yaptığı çalışmada yaşlıların %87,6'sında kronik hastalık durumunun olması; Aksüllü'nün (104) kurumda ve evde yaşayan yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek faktörleri ile depresyon arasındaki ilişki'yi inceleyen tez çalışmasında, evde yaşayan bireylerde %87,3'ünde kronik hastalık olduğu, çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda katılımcıların hepsinin en az bir kronik hastalığı vardı. Örneklemimizin hastaneye başvuran hastalardan olması itibariyle kronik hastalık oranı yüksek gelmiştir.

Hipertansiyon hastalığı ülkeler arasında görülme sıklığı değişmekle birlikte tüm dünya ülkelerinde sakatlık ve ölüm sebepleri içinde başta gelen önemli ve önlenebilir bir hastalıktır (105,106). Tüm dünyada yaklaşık 1 milyar insan hipertansiyon hastası olup bu sayının 50 milyonu Amerika Birleşik Devletlerinde yaşamaktadır. (107) Ülkemizde yapılan çalışmalarda da 60-69 yaş arası hipertansiyon prevalansı %60, 70 yaş üstünde ise %70'in üstüne çıkmaktadır (108). Bizim çalışmamızda ise hipertansiyonu olanların yolculuk skorları daha yüksek bulunmuştur. Hipertansiyonu

olanların ilaç yazdırma, kontrole gitme gibi sebeplerle dışarıya gitme ihtiyacındaki artmanın burada etkisi olabilir. Hastalığın iyi regüle edilmesinin de katkısı olabilir. Ölüç'ün (102 ) Edirne il merkezinde yaptığı çalışmasında kadın cinsiyetin, kronik hastalığın, eğitim yılının ve artan yaşın, günlük ve enstrümental aktiviteleri bağımlılık açısından etkilediği bulunmuş. Ranberg ve ark. (109), yaşam aktivitelerinde, bağımlılığın yaşla arttığını, Von Heideken ve ark.'da (110) çalışmasında günlük yaşam aktivitelerinin yaş ve kronik hastalıktan etkilendiğini bulmuştur. Bizim çalışmamızda da kadınlardaki yolculuk skoru düşük bulunmuştur. Araştırmamızda bayanların yolculuk skorunun düşük olmasını Pursaklar'ın göç alan bir bölge olması, burada yaşayan bayanların tek başlarına şimdiye kadar hiç yolculuk yapmamış olmalarına bağlayabiliriz. Bu davranışta sosyokültürel faktörlerin büyük rolü olduğunu söyleyebiliriz. Okur-yazar olmamanın yolculuk yapabilme yeteneğini büyük ölçüde bağımlı hale getirdiğini düşünmekteyiz. Eğitim, cinsiyet ve yaş gözetilmeksizin sürekliliği olan bir hizmet olmalıdır.

Ergün ve ark. (111) Adana Huzurevi'nde yaptığı çalışmada, yaşlanma ile temizlik, alışveriş, seyahat, yemek hazırlama işlevlerinde daha bağımlı hale geldikleri saptanırken, Yardımcı'nın (112), emekli öğretmenlerde yaptığı tez çalışmasında, bireylerin yaş artışı ve kronik hastalık durumları ile bağımlılık oranının arttığı bulunmuş, Berberoğlu ve ark. (113) Edirne Huzurevi'nde yaptığı çalışmada, yaşlanma ile beliren bağımlılık durumlarından alışveriş yapma, yemek hazırlama ve ulaşım ilk sıralarda bulunmaktaydı, Beland ve ark. (114) yaptığı çalışmada, ileri yaşta, kadınlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda günlük ve enstrümental aktiviteleri düşük olduğu saptanmış idi. Bizim çalışmamızda da yaş faktörü bağımsız olarak Lawton yolculuk faktörü üzerine olumsuz etki yapmaktaydı.

Mini Mental Test Skorunun düşüklüğü, okur-yazar olmama, ileri yaş, düşük sosyo-ekonomik düzey ve depresyonla ilişkili bulunmuştur. Depresyon birinci basamakta yaşlılarda sık görülen çoğu zaman yetersiz tanı ve tedavi sebebiyle gözden kaçan önemli bir sağlık sorunudur. Bu bağlamda uygun testler yapılarak somatik yakınmalar değerlendirilmelidir. Dünya sağlık örgütü tarafında yapılan yayınlarda 2020 yılında depresyonun görülme sıklığı açısından yaşlılarda ikinci sıraya yerleşeceği bildirilmiştir. Hastalığın kişinin yaşam kalitesini düşürdüğü ve kronik hastalıklar açısından oldukça önemli olduğu vurgulanmıştır (115). Litaratürlerde bu hastalığın prevalansı %23,9 iken kadınlarda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda medeni durumu, soysa- ekonomik durumun düşüklüğü, sosyal güvencesi olmaması ve yalnız yaşaması depresyonun görülme sıklığını arttırdığı bulunmuştur (116-118).

Çalışmamıza katılan hastaların %32'sinde geriatrik depresyon skalasındaki skorlar depresyon yönünden anlamlı. Bunların %42'si bayan %9.2'si erkekti. Bu bağlamda bizim çalışmamızda da depresyon sıklığı yüksek idi. Türkiye de yapılan çalışmalara bakıldığında, Ölüç' ün tez çalışmasında depresyon %14, 4 bulunurken kadın hastalarda, okur-yazar olmayanlard, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda daha fazla gözlenmiş (102). Dişçigil ve Ark.'nın (119) yaptığı çalışmada, kadın katılımcıların ve kronik hastalığı olan katılımcıların daha fazla oranda depresyon semptomları olduğu saptanmıştır. Tezel ve Ark.'nın (120) yaptığı çalışmada okur-yazar olmayan ve gelir düzeyi düşük olanlarda depresyon daha yüksek oranda görülmüş. Dirik'in (121) yaptığı tez çalışmasında kadınların daha depresif oldukları ve daha fazla kognitif bozukluğa sahip oldukları belirlenmiştir. Ostbye ve ark.'nın (122) yaptığı çalışmada da depresyonun kadın katılımcılarda daha yüksek olduğu saptanmış. Bir başka litaratürde



de yalnız yaşamının depresyon açısından önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir (123). Wada ve ark.'nın (124) üç Asya ülkesinde (Endonezya, Vietnam, Japonya) 60 yaş ve üzeri kırsal bölgede yaşayan toplam 2695 yaşlı kişiyle yaptığı çalışmada, %29,0'unda depresyon saptanmış olup, çalışmamızda benzerlik göstermektedir. Depresyon geniş spektruma sahip bir hastalıktır. Bu açıdan bakıldığında eşik altı depresyonun yaşlılardaki sıklığı %13-27 arasında iken kronik hastalığı olanlarda bu oranın %50 lere kadar çıktığı tespit edilmiştir(125). Uçku ve Küey'in (126) araştırmasında major depresyon prevalansı %6 depresif belirtilerin prevalansı ise %11 bulunmuştur. Bekeroğlu ve arkadaşlarının (127 )1991 yılında yaptığı çalışmada ise, genel populasyonda yaşlılarda depresyon oranı %35 (erkekler için %33, kadınlar için %37) olarak bulunmuştur. Bütün bu çalışmalarla araştırmamız sonuçları benzerlik göstermektedir. Depresyon bireylerin kognitif fonksiyonlarını etkileyen ve her geçen gün daha sık karşılaştığımız duygu durum bozukluğudur. Kognitif fonksiyonların etkilenmesi kişinin sosyal hayata uyumunda zorlaştıran en önemli faktördür. Bu bağlamda çalışmamızın verilerine göre yaşlıların yaklaşık yarısında depresif semtomlara rasladık. Özellikle olan bu dönemde birinci basamak hekimlerinin depresif duygu durumunu yaşlılığın getirdiği kaygıdan ayırıcı tanısını yapmasının önemli olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda okur-yazar olanların yolculuk skorları daha yüksek idi. Ayrıca okul yılı arttıkça skor artmakta idi. Okuryazarlığın kognitif fonksiyonlarda etkili olduğunu belirten çalışma ile sonucumuz uyumlu idi. Ayrıca okur-yazar olmanın günlük pratik hayatı kolaylaştırıcı bir faktör olmasının da burada önemi vardır.

**3-*Alışveriş aktivitesi:*** Çalışmamızda bayan cinsiyet, ileri yaş ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı, alışveriş aktivitesindeki bağımlılık için bir risk faktörü olarak

bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda bayanların okur-yazar olamamaları, daha fazla kronik hastalığın görülmesi ve ileri yaş onların tek başlarına alışveriş yapmalarını büyük ölçüde etkilediği bulunmuştur.

Berberoğlu'nun (113) çalışmasında, kadınlarda alışveriş yapmada bağımlılık oranı artarken, erkek katılımcılarda yemek yapmada bağımlılık oranını yüksek bulmuştur. Çalışmamızın sonuçları bu araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Ergün ve ark.'nın (111) yaptığı çalışmada, temizlik, alışveriş, seyahat, yemek hazırlama işlevlerinde bireylerin daha bağımlı oldukları, Yardımcı'nın (112), yaptığı tez çalışmasında ise bireylerin yaş artışı ve kronik hastalık durumları ile bu aktivitedeki bağımlılık durumunun arttığı bulunmuştur. Beland ve ark. (114).yaptığı çalışmada da ileri yaş, kadın cinsiyet, eğitim düzeyinin düşük olması bu aktivitedeki bağımlılık için anlamlı bulunmuştur. Bütün bu çalışma sonuçları araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Kadın cinsiyet ve ileri yaş alışveriş aktivitesini önemli ölçüde kısıtlamaktadır. Bayanların geleneksel olarak alışageldikleri evde alışveriş yapma görevini erkeklere vermeleri, daha önce tek başlarına alışveriş yapmamaları, ekonomik açıdan bağımlı olmaları, bu aktivitede bağımlılığı artırdığını düşünüyoruz. Bu bağlamda özellikle kendilerine ait ekonomik gelirlerinin olması bayanların sosyal hayata bu aktivite alanında uyumunu artıracaklarını öngörmekteyiz. İleri yaşla birlikte kronik hastalıklar özellikle görme ve kognitif fonksiyonlarda gerileme yaşlılarımızda alışveriş kısıtlılığında yol açmaktadır.

Araştırmamızın bu çalışmalardan farklı tarafı ise kronik obstrüktif akciğer hastalığının alışveriş aktivitesini etkilemiş olmasıdır. KOAH'lı hastaların alışveriş yapmaktaki kısıtlılığını bu hastalığın kapalı mekânlarda parçacık maruziyetinin fazla olmasına bağlıyoruz. Aktif ve çevresel tütün dumanlarının solunumsal belirtileri

arttırdığını, iç ve dış ortam hava kirliliğinde mikroorganizmaların, alerjenlerin, yanma sonucu oluşan maddelerin, uçucu organik bileşiklerin dispneye ve alevlenmelere neden olduğunu biliyoruz. WHO'nun KOAH günü etkinliklerinde verdiği basın açıklamasında da KOAH'lı hastaların, günün sakin bir zamanında kalabalık olmayan ortamlarda alışveriş yapmaları tavsiye edilmiştir (128). Araştırmamızın sonunda elde ettiğimiz bu sonuç koruyucu hekimlik açısından da değerlidir.

**4-Evde yiyecek hazırlama:** Çalışmamızda, kronik hastalıklardan sadece ağrılı osteoartrozun bu aktivitede bağımlılık üzerine anlamlı etkisinin olduğunu bulduk. Diğer bağımsız faktörlerle arasında anlamlı bir ilişki bulmadık.

Berberoğlu'nun (113) çalışmasında, erkek katılımcılarda yemek yapmada bağımlılık oranının yüksek olduğu bulunmuş; Ergün ve ark.'nın(111), çalışmasında da yaşlıların yemek hazırlamada bağımlı oldukları, Yardımcı'nın (112) tez çalışmasında kronik hastalıkların bağımlılığı artırdığı tespit edilmiş. Bizler çalışmamızda cinsiyeti anlamlı bulmadık. Bu sonucu toplumumuzda kalıplaşmış olan erkeklerin ev işleri ve yemek konusundaki tutumlarına bağlıyoruz. Çalışmamızda bu aktivitedeki bağımlılığı sorgularken yaşlı kişinin mecbur olduğunda yemeği yapabilme durumunu değerlendirdik. Bu açıdan da araştırmayı yöneten kişinin soruyu sorma şeklinin de etkili olduğunu düşünmekteyiz. Literatürlerde diz ağrısına bağlı yaşla birlikte ciddi fonksiyonel yetersizliklerin oluştuğu tespit edilmiştir. Bunlar bir yerden başka bir yere gitmek, yürüme, merdiven çıkma, oturduğu yerden kalkma gibi lökomotor fonksiyonlarda bozulma en yaygın fiziksel yetmezlik nedenidir (129-135).Yemek hazırlama da uzun süreli ayakta durmakla bağlantılı olduğu için meydana gelen ağrı aktivitenin yapılmasını kısıtlamaktadır.

Çalışmamız bu bağlamda insanlar için beklenen yaşam süresinin artmasıyla sık karşılaşılabilecek önemli fonksiyonel yetersizliklere sebep olacak osteoartrozun hastalığının bir yaşlının hayatını ne derece bağımlı hale getirdiğini de ortaya koymuştur

**5-Ev işlerini yapabilme becerisi:** Çalışmamızda engelli olmak bu aktivitede anlamlı bulunmuştur. Diğer bağımsız faktörler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ölüç'ün, Yardımcı'nın, Ergün ve ark.'nın, Berberoğlu'nun, çalışmalarında erkek olmanın, kronik hastalıkların, ileri yaşın ev işlerini yapabilme aktivitesinde bağımlılığı artırdığı gösterilmiştir. (102,111,112,113). Araştırmamızda, bu bağımsız faktörlerin etkileri engelli olmanın yanında önemsizdi.

Aydın ve ark.'nın (100) çalışmasında ev temizliği %22,7 bağımlı olarak bulunmuştur. İzmir Çamdibi'nde yapılan kesitsel bir çalışmada yaşlıların EGYA'de en düşük oranda ev işi yapabildikleri belirlenmiştir (136), Arslan ve Kutsal'ın (137) 1944 kişi ile yaptığı yaşlılarda özürüllüğün değerlendirilmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışmasında engelli olmanın ve özürüllüğün günlük ve enstrümental aktivitelerle değerlendirildiği ve bağımlılıklarını da artırdığını tespit etmiştir. Çalışmamızda da elde ettiğimiz sonuçlar bu yönde olmuştur. Engelli olmak bireyin bütün yaşantısını etkileyen ve kişiyi başkalarına bağımlı hale getiren bir durumdur. Aile hekimleri olarak bizlerin, engelli bireylerimizin hayatını kolaylaştırma ve aktivitelerindeki bağımlılık derecelerini hafifletmek primer görevimiz olmalıdır.

**6-Günlük bakım:** Bu aktivitede bağımlılık sebebi olarak engelli olmayı ve ilerleyen yaş anlamlı olarak tespit ettik. Bu bağlamda yapılan çalışmalarda Sabancıoğulları ve ark.'nın, Ölüç'ün ,Ranberg ve ark.'nın, Arslan ve Kutsal'ın çalışmasında engelli olmak ve ileri yaşın enstrümental aktivitelerde bağımlılığı artırdığı tespit edilmiştir (96,102,

109,137 ). Analizde diğer özelliklerle birlikte değerlendirdiğimizde araştırmamız bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

**7-Çamaşır yıkama:** Bu aktivitedeki bağımlılığı ilerleyen yaşla anlamlı bulduk.

Sabancıoğulları ve ark.'nın evde ve kurumda yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve depresyon yaşama durumu ile ilgili çalışmasında özellikle huzurevinde yaşayan bireylerde çamaşır yıkama aktivitesini %35,2 oranında bağımlı bulmuştur. İleri yaşın, cinsiyetin, kronik hastalıkların, ilaç kullanımının genel olarak EGYA'de bağımlılığa sebep olduğunu tespit etmiştir (96). İleri yaş, aktivitede de yetersizliğe sebep olması açısından bizim çalışmamızda da anlamlı bulunmuştur. Yaşın ilerlemesi ile birlikte özellikle lökomotor sistemde meydana gelen kısıtlılık, çamaşır yıkama gibi aktif bir eylemin bağımlı hale gelmesinde önemli bir role sahiptir. Eklem ağrılarının yaşam kalitesini düşürdüğünü kanıtlayan bir çok çalışma vardır. Bu çalışmalarda bizim çalışmamızda olduğu gibi günlük ve enstrümantal aktivitelere bağımlılık oluşturduğu gözlenmiştir.

**8-İlaç kullanma aktivitesindeki bağımlılık:** Araştırmamızda ilaç kullanma aktivitesini artan yaşla ilişkili bulduk. Çalışmamızda yaşlıların %56'sı 2'den fazla ilaç kullanıyordu. İlerleyen yaşla birlikte bilişsel fonksiyonlarda gerileme artan demans ve polifarmasi yaşlıların ilaç alınımindaki bağımlılığa sebep olduğunu düşündürmekte.

Aydın ve ark.'nın çalışmasında EGYA için belirleyici olan faktörlerden; kullanılan ilaç sayısı ve görme sorununun artan dereces, artmış bağımlılık ihtimali ile ilişkili bulunmuştur (100).

Sabancıoğulları ve ark.'nın çalışmasında da ileri yaşın, kronik hastalıkların ve birden fazla ilaç kullanımının EGYA'nin bağımlılık riskini artırdığu tespit edilmiştir (96). Mevcut araştırmalar da yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının EGYA zerindeki etkilerine

yönelik anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Bizler çalışmamızda ilaç kullanabilme yeteneğinin ileri yaşla etkilendiğini tespit ettik.

**9-Mali durum idaresindeki bağımlılık:** Bu aktivitede yaş ve cinsiyetin bağımlılığı etkilediğini bulduk. Bayanlarda okur-yazarlığın daha az olması kültürel olarak da ülkemizde yaşayan bayanların çoğunun mali durum idaresinin erkeğe bırakması bu bağımlılığı oluşturmuştur. Yaşla artan demansında özellikle hafızayı, dikkat ve hesaplamayı büyük ölçüde etkilemesini de önemli bir faktör olarak değerlendirebiliriz.

**10- Lawton toplam skoru:** Araştırmamızın sonunda genel olarak yaşlıların toplam enstrümental aktivitelerini etkileyen bağımsız faktörleri tespit ettik. Bunlar; **yaş, cinsiyet, okul yılı, okur-yazarlık ve mini mental test skorlaması** ile ilişkili bulduk. Tel ve ark.'nın yaptığı çalışmada 60 yaş ve üstü yaşlı hastaların %14,3'nün enstrümental aktivitelerinde en çok telefon kullanma, para ideresi, yolculuk yapma ve alışveriş yapma faaliyetlerinde bağımlı olduklarını tespit etmiştir. Kronik hastalıklar, yaş, cinsiyet, evde yalnız yaşama, ilaç kullanımı, okuryazarlık risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (96). Aydın ve ark.'nın yaptığı çalışmada EGYA'ni etkileyen faktörleri; cinsiyet, demans, eğitim durumu, artan yaş, alkol kullanımı, ilaç kullanımı, görme engeli ve HT ile ilişkili bulunmuş olup çalışmamızın sonuçları bu araştırmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir (100).

Çalışmamızın örnek sayısının az olması, bulunduğumuz bölgenin göç alan bölge olması, ülkemizin demoğrafik yapısının özelliklerini tam anlamıyla yansıtmaması araştırmamızın güçlendirilmesi gereken bölümleridir. Bu alanda diğer yapılacak çalışmaların, kırsal ve kentsel alanları temsil edecek, daha geniş çaplı, sadece enstrümental aktivitelerin değil ileri aktiviteleri de içine alacak şekilde düzenlenmesi gerektiğini düşünüyoruz. Artan yaşlı nüfusunun ve getirdiği problemlerin bilincine

varmayı ve bu doğrultuda kişi, kurum ve ¼lke bazında koruyucu önlemlerin planlanması ve yaşlılarda öz¼rl¼l¼k politikalarının belirlenmesini öngörmekteyiz. Ükemizde bu anlamda özellikle yaşlıların enstr¼mental aktivitelerinin değerlendirilmesi bazında sınırlı sayıda araştırma yapılması ise çalışmamızın güçlü tarafıdır.

## 6. SONUÇLAR

1-Altmış yaş ve üstü yaşlılarda ilerleyen yaşın, EGYA üzerine etkili olduğunu bulduk. Bu bağlamda toplumların nüfus piramidinde her geçen gün artan bir yere sahip yaşlı bireylerin farkındalığına varmak. Bu alanda iletişim araçlarını kullanarak sağlıklı yaşlanma konusunun kişilerin, kurumların ve toplumların hafızasında güncel tutmak, duyarlılıklarını artırmanın gerekli olduğunu düşünüyoruz.

2- Yaşlıların okur-yazar olmaması EGYA'ni etkilemektedir. Araştırmamızda yaşlıların özellikle bayanların sosyal uyumlarının daha az olduğunu tespit ettik. Bu bağlamda cinsiyet farkını ortadan kaldırmak için özellikle kadın yaşlıların eğitimlerinin desteklenmesi, her alanda söz ve katılım hakkının eşit oranda verilmesi için çalışmalar yapılmalıdır

3-Araştırmamızda düşük eğitim seviyesine sahip olmak EGYA 'ni etkilemekteydi.

4- Yaşlıların mini mental test skorunun düşük olmasının EGYA 'ni etkilediğini bulduk. Yaşlıların sağlık ve bakım hizmetlerine tam erişiminin sağlanması kronik hastalıkların kontrolü ve koruyucu hekimliğin Aile Hekimleri tarafından iyi bilinmesi gerekmektedir. Yaşlı hastaların düzenli takiplerinde demans açısından SMMT skorunun değerlendirilmesinin gerekli olduğunu düşünüyoruz. Bu anlamda hizmet içi tüm sağlık personeline sürekli eğitimin verilmesinin gerekliliğini öngörmekteyiz.

5-Kadın cinsiyetinin genel olarak toplam skoru etkilediğini tespit ettik.

6-Tüm yaş gruplarına ana çocuk sağlığı kadar, yaşlı gruplarımıza da pozitif ayrımcılıkla yaşlarına uygun sağlık hizmetinin düzenlenmesi, soyo- ekonomik durumlarının iyileştirilmesiyle yaşlıların sosyal hayata uyumlarında iyi olacaktır. Yaşlı bireylerin toplum içindeki konumunu yükseltmek onların bilgi ve deneyimlerinden faydalanmak ve desteklemek gerekmektedir. Genç kuşağın yaşlılara sahip çıkması konusunda dini ve



kültürel eğitimler vermek onların geniş aile yapıları içinde yaşlanmalarını sağlamak için çalışmalar yapılabilir.

7- Birinci basamak klinik hizmetlerinin düzenlenmesi, yaşlı hastaların kolaylıkla hizmete ulaşımı, engelli hastaların evde bakım ve tedavisinin düzenlenmesi, bağımlılık durumunun tespiti, rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması, psikososyal yaklaşımla hastanın bilişsel ve psikolojik durumunun tespiti ve tedavisi için sosyal destek ortamının sağlanması gerekmektedir. Evde bakım hizmeti, yaşlılarımız için ve ülke ekonomisi için önemli gereksinimdir. Ülkemizde bu hizmet, kamu kurumları ve özel sektörler tarafından yapılmaktadır. Yaşlı popülasyonunun artması ile her geçen gün bu hizmete daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Aile hekimliği misyonunu düşündüğümüzde evde bakım hizmetinde aile hekimlerinin primer görevli hekim olarak rol alması gerektiğine inanmaktayız.

Aile hekimliği uzmanı yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar.(138).Geriatrik hasta grubu multidisipliner yaklaşımı içeren özellikli bir gurubtur.Bu disiplinde aldığı eğitimle aile hekimi uzmanlarının koruyucu hekimlikte, ailelerine ve kendilerine destek ve tedavi sağlamada önemli bir yeri vardır

Araştırmamızda,60 yaş üstü yaşlılarda ilerleyen yaşın, okur-yazar olmamanın, düşük eğitim seviyesine sahip olmanın, mini mental test skorunun düşük olmasının ve kadın cinsiyetinin genel olarak toplam skor üzerine etkili olduğunu bulduk

## 7. KAYNAKLAR

1. Koç M. Yaşlılık psikolojisi ile ilgili yapılan bilimsel çalışmaların tarihi ve literatürü üzerine bir araştırma. <http://eskiweb.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/375.pdf>
2. Lehr U. Psychologie des Alterns, (Çev: Eryar N) sh.11-18, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul, 1994.
3. Yaşlılık Literatürü, Koç M , <http://www.yaslilikrehberi.org/>
4. Birren, A Brief History of The Psychology of Aging, L'Homme Et Le Developpement De Ses Facultes, sh.70- 292, 1835
5. Hall S. The history of age. Senescence, the Last Half of Life, Chapter II, sh.100, New York-1992.
6. Streib G.F. , Orbach H.L. Aging. Eds: Lazarsfeld. The Uses of Sociology Basic Books sh.616, New York, 1967.
7. Review of the Division of Behavioral and Social Research (BSR) BSR Review Committee Report January 2009. <http://www.nia.nih.gov/NR//2008BSRReviewReport2.pdf>
8. Yaşlanma 2002 uluslararası eylem planı, 2002. [www.gebam.hacettepe.edu.tr/eylem.pdf](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/eylem.pdf)
9. Dirican R. , Bilgel N. Kocaeli adli tıp şubesine yansıyan erken yaşlılık ve sonrası ölümlerin değerlendirilmesi Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). 2. Baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi. 453-463. 1993
10. Erdal R. Halk Sağlığı Yönünden Yaşlılık. Geriatri cilt:1, sayfa: 37, Ayhanlar matbaası, Ankara 2003.
11. Güler Ç. , Kutsal Y. , Çakmakçı M. , Ünal S. Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık. Geriatri cilt:1 s:50-60 Ankara, Medicographics Ajans ve Matbaası, 1997.
12. Dünya sağlık raporu 21. Yüzyılda yaşam herkes için bir vizyon. Ankara 1998. <http://www.geocities.com/sagliktoplum/ruh.html>
13. Arıoğlu S. Geriatri ve Gerontoloji Cil:1. , sayfa:4, 1. Basım, Medikal&Nobel, Ankara, 2006.
14. Bilir N, Gelecek Yılların Önemli Sağlık Sorunu, Kronik Hastalıklar. Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, 39: 953-961, 2001

15. World Population Prospects: The 2006 Revision Population Ageing. United Nations Population Division, DESA. 2009 chart.pdf  
[www.un.org/esa/population/ageing](http://www.un.org/esa/population/ageing)
16. Petersen P.E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Article first published online: 9 OCT 2000 DOI: 10.1046/j.2003.com122.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.2003.com122.x/full>
17. World Health Organization (WHO). [http:// www.who.int /en](http://www.who.int/en).
18. The Geriatric Patient. Ed: Swartz MH. Textbook of Physical Diagnosis ,WB Saunders Comp, 2002, s:733-746.
19. Yaşlanan Toplum. 2004. [http:// www.gebam.hacettepe.edu.tr/](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/)
- 20-Devlet İstatistik Enstitüsü 2000 Geçici Nüfus projeksiyonu. <http://www.die.gov.tr/>
21. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc.  
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Ankara, 1998.  
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA1998-AnaRapor.pdf>
22. Türkiye nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008  
[http://www.tuik.gov.tr/rip/temalar/2\\_1.html](http://www.tuik.gov.tr/rip/temalar/2_1.html)
23. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA) 2003 Planlaması 2003.  
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkçe/bolum2.pdf>.
25. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni sayı 15, 25 Ocak 2010  
<http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/>
26. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı.  
<http://ekutup.dpt.gov.tr/nüfus/yaşlılık/eylempla.pdf>.
27. William W. , Hurd L.S.A. , John F. , Randolph Jr. Menopause. Editor: M. Jonathan S. Berek. Novak's Gynecology, Lippincott Williams & Wilkins: Los Angeles, California 2002
28. Adashi E.Y. The climacteric ovary as a functional gonadotropin-driven androgenproducing gland. Fertil Steril. 62(1): p. 20-7, 1994.
39. Kinlay S.M. , Brambilla D.J. and Posner J.G. The normal menopause transition. Maturitas,. 14(2): p. 103-15, 1992.
30. Whelan E.A. Menstrual and reproductive characteristics and age at natural menopause. Am J Epidemiol, 131(4): p. 625-32, 1990.

31. Brambilla D.J. and McKinlay S.M, A prospective study of factors affecting age at menopause. *J Clin Epidemiol.* 42(11): p. 1031-9, 1989.
  32. Colditz G.A. The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med*, 332(24): p.1589-93, 1995.
  33. William W. , Hurd L.S.A. , John F. Randolph Jr. Menopause Editor: M. Jonathan S. Berek. *Novak's Gynecology.* Lippincott Williams & Wilkins. Los Angeles, California 2002.
  34. Goldstein, R.B. Evaluation of the woman with postmenopausal bleeding: Society of Radiologists in Ultrasound-Sponsored Consensus Conference statement. *J Ultrasound Med*, 20(10): p.1025-36 , 2001
  35. Holschneider C.H. and Berek J.S. Vulvar Cancer. Editor: J.S. Berek. *Novak's Gynecology*, Chapter 33 Los Angeles, CA. 2002.
  36. Notelovitz M. Estrogen replacement therapy: indications contraindications and agent selection. *Am J Obstet Gynecol*, 161(6 Pt 2): p. 1832-41 1989.
  37. Nadelson C.C. , Notman M.T. and Ellis E.A. Psychosomatic aspects of obstetrics and gynecology. *Psychosomatics*, 24(10): p. 871-5, 878-880, 1983
  38. Dennerstein L. Mood and the menopausal transition. *J Nerv Ment Dis*, 187(11): p. 685-91. 1999.
  39. Aloysio D. Analysis of the climacteric syndrome. *Maturitas*, 11(1): p.43-53 1989.
  40. William W. , Hurd L.S.A. , John F. Randolph Jr. Menopause. *Novak's Gynecology.* Editor: Jonathan S. Berek. Chapter 29, 14th ed. pp.1323–1340. Los Angeles, California 2002
  41. Maheux R. A randomized, double-blind, placebo-controlled study on the effect of conjugated estrogens on skin thickness. *Am J Obstet Gynecol*, 170(2): p. 642-9, 1994.
  42. Ralph E. , Small, Pharm D. , Emeritus . Uses and Limitations of Bone Mineral Density Measurements in the Management of Osteoporosis. *ACOG practice bulletin.* *Obstet Gynecol*, Number 50, January 2003, 103(1): p. 203-16, 2004
  43. Thomas T.M. Prevalence of urinary incontinence. *British Medical Journal (BMJ)*, 281 (6250): p. 1243-5.[40]. 1980.
  44. Elving L.B. Descriptive epidemiology of urinary incontinence in 3,100 women. *Scand J. Urol Nephrol Suppl* 30-59 125:p.37-43.1989.
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2633317>

45. De Lancey J.O. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol.* 170(6): p. 1713-20, 1994
46. Thelen D.G. Effects of age on rapid ankle torque development. *Journal of Gerontology A Biol Sci Med Sci.* 51A (5): p. M 226-232 1996
- 47- Jarvis J. Mini Symposium: Urogynecology. Non-surgical management in urogynecology. *Curr Obstetrics & Gynecology.* 10: p. 73-78 , 2000.
48. Akdoğan B. , Özen H. ‘Yaşlanan Erkek’ Geriatri Modern Tıp Seminerleri Serisi No: 30, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara 2004.
- 49.Power RE. ,Fitzpatrick JM. Medical treatment of BPH An update on Results.EAU Update Series 2:6, 2004;
- 50.Walsh PC. ,Retik AB. , Vaughan ED. Cambell’s Urology. Eight Edition,W.B.Saunders,2002
- 51 Akdoğan B., Özen H. Prostat Hastalıkları. Ed:Arıoğul S., Geriatri ve Gerontoloji,1. Baskı sayfa 822 Ankara Medikal&Nobel Tıp Kitapevi 2006
52. Morales A. , Lunenfeld B. İ nvestigation,treatment and monitoring Of late onset hypogonadism in males,Officical recomendations of ISSAM.Aging Male;5 74-86, 2002.
53. Altınyollar H., Biçer S., Afşar O. Yaşlılık ve Yaşlılık Sorunları.7. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, 2001.
54. Sharon A., Levine Patricia P. Barry. Home Care. Geriatric Medicine .Chapter 8-4th New York 2003.
- 55- Gerald J. , Jogerst J. K., Wilbur. Care Of The Elderly chapter 7, Rakel: Textbook of Family Medicine, 7th 2007 .
- 56- Halil M.G. Geriatrik Medikal Değerlendirme Ed:Arıoğul Servet, Geriatri ve Gerontoloji,1. Baskı sayfa 138 Ankara Medikal&Nobel Tıp Kitapevi 2006.
- 57- Noble J. Geriatric Patients In Primary Care Medicine . Eds :Levin SA. , Barry PP. American College of Physicians .Third Edition pp (71-88.). Missouri.2001.
- 58- Crooks VC. , Lubben J. , Petitti DB. , Little D. , Chiu V. Cognitive function, and dementia incidence among elderly women. *American Journal of Public Health* Jul;98(7):1221-1227 2008. California 2008.
- 59-Iliffe S. , Kharicha K. , Carmaciu C. , Harari D., Swift C. , Gillman G. , Stuck AE. The relationship between pain intensity and severity and depression in older people:

- exploratory study. Jul 28;10:54 Department of Primary Care & Population Sciences, University College London, London, UK. 2009.
- 60-Cho KL. Effect of Tai Chi on depressive symptoms amongst Chinese older patients with major depression: the role of social support. *Sau Po Centre on Ageing, Department of Social Work and Social Administration, Medicine and sport Science* 52:146-54. China 2008.
- 61- Rutledge T. , Matthews K. , Lui LY. , Stone KL. , Cauley JA. Social networks and marital status predict mortality in older women: prospective evidence from the Study of Osteoporotic Fractures (SOF) *Psychosomatic Medicine* 65:688-694. USA.2003.
- 62- Uncu Y. , Alis . Yaşlı Hastaya Birinci Basamakta Yaklaşım( General Approach to the Geriatric Patients in Primary Care) *Geriatrici* 6(1): 31-37, Turkish Journal of Geriatrics 2003.
- 63- Verdery RB. Clinical evaluation of failure to thrive in older people. *Clin Geriatr Med*;13:769–78, 1997.
- 64- Çiftçili S. , Ünalın P Yaşlılarda Fonksiyonel Kayıplara Yaklaşım. *Geriatrici Dergisi. Turkish J Geriatrics*; 9(3):122-125, 2006.
- 65- Sarkisian CA. , Lachs MS. “Failure to thrive” in older adults. *Ann Intern Med.*;124:1072–8, 1996.
- 66- Folstein MF. , Folstein SE. , McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician”. *Psychiatr Res.*;12:189–98. 1975
- 67- Sullivan DH. , Wall RC. , Lipschitz DA. Protein-energy under-nutrition and the risk of mortality within 1 y of hospital discharge in a select population of geriatric rehabilitation patients. *Am J Clin Nutr*;53:599–605, 1991.
- 68-Verdery RB. , Goldberg AP. Hypocholesterolemia as a predictor of death: a prospective study of 224 nursing home residents. *J Gerontol*;46:M84–90, 1991.
- 69-Huffman GB. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. *Am Fam Physician* 65:640–50, 2002.
- 70- Guigoz Y. , Vellas B. , Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev.*54: S59–S65, 1996.

- 71- Rakel RE., Kenneth J., Grimin and Michelle M. Diebold. The Periodic Health Examination In Textbook of Family Practice.Sixth Edition , pp 159-182.W.B. Saunders Company, USA. 2002
- 72- Shonet JA. , Bent Thomas. İşitme Kaybı:Görülmeyen Edilgenlik Sendrom 60-65, 1999.
- 73- Guiglia R. , Musciotto A. , Compilato D. , Procaccini M. , Lo Russo L. , Ciavarella D. , Lo Muzio L. , Cannone V. , Pepe I, D'Angelo M.G. , Campisi Aging and oral health: effects in hard and soft tissues. Department of Oral Sciences, University of Palermo, Italy.16(6):619-30, 2010.
- 74- Çelenligil H. Yaşlıda Ağız ve Diş Sağlığı. Geriatri:2(1) s:14-21, 1999.
- 75- Aktürk Z. , Şahin E.M. , Dağdeviren N. , Özer C. Türkçeleştirilmiş geriatrik depresyon skalasının iç güvenilirlik analizi. V. Aile hekimliği kongresi özet kitabı s.443, Adana, 2002
- 76- Brink TL. , Yesavage JA. , Rose TL. Screening tests for geriatric depression. Ckin Gerntol. 1: 37-43, 1982.
- 77-Sağduyu A. Yaşlılar için depresyon ölçeği: Hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 8 s:3-8, 1997.
- 78- Abrams WA. , Beers HM. Eds: Berkov R . Comprehensive geriatric assesment. The Merck manual of geriatrics. 2thed. Merck&Co., p.224-35. Inc. USA. 1995.
- 79- Folstein MF. , Folstein S. , Mc Hugh PR. Mini mental state. A practical method for grading the cognitive state of patient for clinician. Journal of Psychiatric Research 12: 189-98, 1975.
- 80- Veyisoğlu D. Dinlenme ve Bakımevinde Kalan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi (tez). Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; Ankara 2002
- 81- Çubukçu S. Edirne'deki 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Prevalansı ve Hipertansiyonun Günlük Yaşam Aktivite ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (tez). Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; Kayseri 2005
- 82- Bahar A. , Tutkun H. , Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 6:227-39, 2005.
- 83- Şahin EM. , Özer C. , Ölüç F. , Tunç Z. Huzurevi'nde kalan yaşlılarda demans ve depresyon. Türk Geriatri Derg 8:22-4, 2005.

- 84- Çalıştır B. , Dereli F. , Ayan H. , Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. Türk Geriatri Derg.9:30-33, 2006.
- 85-. Türkiye İstatistik Kurumu ‘2006 Aile yapısı araştırması’ <http://www.die.gov.tr/>
- 86-. - Terakye G. , Güner P. Kriz potansiyeli taşıyan bir dönem: Yaşlılık Kriz Dergisi 1997; 5(2): 95-114
- 87- Uçku R. , Ergin S. , Erbay P. Yaşlılarda fiziksel fonksiyonlar hızla değişiyor. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi 3 (2): 20-23, 1993.
- 88-. Arslan Ş. ,Atalay A. ,Gökçe-Kutsal Y. Drug use in older people.J Am Geriatr Soc; 50(6):1163-1168, 2002.
- 89- Esengen Ş., Seçkin Ü., Borman P., Bodur H., Gökçe-Kutsal Y., Yücel M. Drug consumption in a group of elderly residents of a nursing home: relationship to cognitive impairment and disability. J Am Med Dir Assoc;1(5): 197-201, 2000.
- 90- Gökçe Kutsal Y. , Barak A. , Baydar T. , Karaağaoğlu E. ,Küçüköğlü S. , Tuncer T., Tüzün Ç. , Hizmetli S. , Dursun N. , Şen S. , Eyigör S. , Sarıdoğan M. , Bodur H. , Tutoğlu A. , Cantürk F. , Turhanoglu A. , Arslan Ş. , Başaran A. Polypharmacy in Turkish Elderly;A Multicenter Study. Turkish Journal of Geriatrics 2006 .
- 91- Şahin G. ,Baydar T. Use of drugs among older persons. Ed: Gökçe Kutsal Y. Aging in Turkey:International Institute on Ageing and Hacettepe University Research Center of Geriatrics Sciences-GEBAM, pp:55-84 Vertas Pres, Malta 2006.
- 92- Dişçigil G. , Tekinç N. ,Anadol Z. , Bozkaya AO. Toplum içinde yaşayan ve bakımevlerinde kalan yaşlılarda polifarmasi. Türk Geriatri Dergisi;9(3): 117-21, 2006.
- 93- Kaufman DW. , Kelly JP. , Rosenberg L. , Andersen TE. ,Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: The Stone Survey. JAMA; 287:337-334, 2002.
- 94- Terakye G. , Güner P. Kriz Potansiyeli Taşıyan Bir Dönem. Yaşlılık. Kriz Dergisi; 5(2);95-114, 1997.
- 95- Şahbaz M. ve Tel H. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi Turkish Journal of Geriatrics; 9 (2): 85-93, 2006.
- 96- Tel H., Sabancıoğulları S. Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. Türk Geriatri Dergisi;9(1):34-40,2006.



- 97- Uçku R., Ergin S. Yaşlılarda günlük yaşam aktiviteleri. Toplum Hekimliği Bülteni;14(2):1-5, 1993.
- 98- Arslan Ş. Yaşlılarda özür lülüğün değ erlendirilmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik ç alışma. Geriatri;2(3),s: 103-114, 1999
- 99- Tanrikulu M.Z . Konya ili merkez 03 nolu sağlık ocağı bölgesindeki yaşılların sağlık sorunları ve sosyal durumlarının incelenmesi. Doktora tezi, Selçuk üniversitesi Konya 2000
- 100- Aydın D., Ersoy H., Baştürk A., Kutlucan A., Göksu S., Güngör G., Tame N. Toplumda Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yetersizlik ve İlişkili Faktörler Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri;2:9-18, 2009.
- 101-. Peters R, Beckett N, Beardmore R, Peña-Miller R, Rockwood K, et al. Modelling Cognitive Decline in the Hypertension in the Very Elderly Trial [HYVET] and Proposed Risk Tables for Population Use. London.2010 PLoS ONE 5(7): e11775. doi:10.1371/journal.pone.0011775
- 102- Ölüç F. Edirne Kentsel Kesimde Yaşlılarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (Uzmanlık Tezi) EDİRNE 2007.
- 103- Ulusel B. , Soyer A. , Uçku R. Toplum içinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk etmenleri. Türk Geriatri Derg;7:199-205, 2004.
- 104- Aksüllü N. Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Faktörleri ile Depresyon Arasındaki İlişkisi (tez). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı; Sivas:2002
- 105- The Seventh Report of The Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. JNC 7. National high blood pressure education program:2004 <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm>
- 106-. World Health Organization. International Society of Hypertension Writing Group, 2003 World Health Organization (WHO). International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens;21:1983-92, 2003.
- 107- World Health Organization 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2002:57-8 [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf)
- 108- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ç alışan hekimler için

yaşlı sağlığı tanı ve tedavi rehberi 2010, <http://www.saglik.gov.tr/pdf/>

109- Ranberg KA., Christensen K., Jaune B., Skytthe A., Vasegaard L., Vaupel JW. Declining physical abilities with age: a cross-sectional study of older twins and centenarians in Denmark. *Age Ageing*;28:373-7, 1999.

110- Von Heideken Wagert P, Gustavsson JM, Lundin-Olsson L, Kallin K, Nygren B et al. Health status in the oldest old. Age and sex differences in the Umea 85+ study. *Aging Clin Ex Res*;18:116-26, 2006.

111- Özer G.U. , Bozdemir N. , Uğuz Ş. , Güzel R. , Burgut R. , Saatçi E. ve ark. Adana Huzurevi'nde yaşayan yaşlılar ile Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran yaşlıların medikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Derg*;6:89-94, 2003.

112- Yardımcı E. İstanbul da yaşayan yaşlı öğretmenlerin sağlık sorunlarının günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi. istanbul 1995

113- Berberoğlu U., Gül H., Eskiocak M., Ekuklu G., Saltık A. Edirne Huzurevinde kalan yaşlıların kimi sosyodemografik özellikleri ve Katz indeksine göre günlük yaşam etkinlikleri. *Türk Geriatri Derg.*;5:144-9, 2002.

114- Beland F, Zunzunegui MV. Predictors of functional status in older people living at home. *Age Ageing*,28:153-9, 1999.

115 - Gülbayrak C., Açık Y. Oğuzöncül A.F, Deveci E., Ozan A.T. Yenimahalle eğitim araştırma sağlık ocağına başvuran yaşlılardaki kronik hastalıkların sıklığı ve maliyeti. *The Eurasian Journal of Medicine (EAJM)*,35( 1):007-012, 2003.

116- Licht-Strunk E, Van der Kooij KG, Van Schaik DJ, Van Marwijk HW, Van Hout HP, Haan M. Prevalence of depression in older patients consulting their general practitioner in the Netherlands. *Int J Geriatr Psychiatry*;20:1013-9, 2005.

117- Nahcivan NO, Demirezen E. Depressive symptomatology among Turkish older adults with low incomes in a rural community sample. *J. Clin Nurs*;14:1232-40, 2005.

118- Eisses AM, Kluiters H, Jongenelis K, Pot AM, Beekman AT, Ormel J. Risk indicators of depression in residential homes. *Int J Geriatr Psychiatry*;19:634-40, 2004.

119-. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. *Türk Geriatri Derg*;8:129-33, 2004

- 120- Tezel GC. , İçağasioğlu A. , Karabulut A. , Kolukısa Ő. , Keskin H. Geriatri hastalarında bilişsel düzey, depresyon, fonksiyonel kapasite değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Derg*;7:206-10, 2004.
- 121- Dirik M A. Geriatriklerde Mobilite Yeteneği, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon Dzeyi ve Mental Statnn İncelenmesi(tez). [http://sbe.pamukkale.edu.tr/tezarsivi/m\\_ahmet\\_dirik.pdf](http://sbe.pamukkale.edu.tr/tezarsivi/m_ahmet_dirik.pdf)
- 122- Ostbye T, Kristjansson B, Hill G, Newman SC, Brouwer RN, McDowell I. Prevalence and predictors of depression in elderly Canadians: The Canadian study of health and aging. *Chronic Dis Can*;26:93-9, 2005.
- 123- Eisses AM, Kluiters H, Jongenelis K, Pot AM, Beekman AT, Ormel J. Risk indicators of depression in residential homes. *Int J Geriatr Psychiatry*;19:634-40, 2004.
- 124- Wada T, Ishine M, Sakagami T, Kita T, Okumiya K, Mizuno K et al. Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Arch Gerontol Geriatr* 2005;41:271-80
- 125- Akdemir A, Atasoy N, Sağnak S. YaŐlılıkta depresyon. *3P Dergisi*; 9:263-270, 2001.
- 126- Uku R, Key L. Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi. *Nropsikiyatri ArŐivi*; 19:15-20, 1992.
- 127- Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıver S, Kırpınar İ. Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand*, 84:174-178, 1991.
- 128- İ ve Dış Ortam Hava Kirliliği, 2010, [http://www.toraks.org.tr/pdf/koah\\_rehberi/KOAH\\_tum.pdf](http://www.toraks.org.tr/pdf/koah_rehberi/KOAH_tum.pdf)
- 129- Ersz M. , Yankıoğlu İ. , Ergn S. Diz Osteoartriti Olgularında Fonksiyonel Diz Ağrısı Değerlendirme Yntemlerinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics . Geriatri*, 4 (2): 69-72, 2001.
- 130- Graciani A, Banegas JR, López-García E et al. Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain: a population-based study. *Maturitas*,48: 381-92, 2004.
- 131- Tordan J. Luta G, Renner J. Dragomir A. Hochberg M. Fryer J. Knee pain and knee osteoarthritis severity in self-reported task specific disability: The Johnston County osteoarthritis project. *The Journal of Rheumatology*, 24(7): 1344-1349, 1997.

- 132- Badley EM, Tennant A. Disablement associated with rheumatic disorders in a British population. Problems with activities of daily living and level of support. *British Journal of Rheumatology* 32:601-608, 1993.
- 133- Fisher NM, Gresham GE, Abrams M, Hicks J, Horrigan D, Pendergast DR: Quantitative effects of physical therapy on muscular and functional performance in subjects with osteoarthritis of the knees. *Arch Phys Med Rehabil*: 74:840-847, 1993.
- 134-Hamerman D. Clinical implications of osteoarthritis and aging. *Annals of the Rheumatic Diseases*,54:28-85, 1995.
- 135-O'Reilly SC, Jones A, Muir KR, Doherty M. Quadriceps weakness in knee osteoarthritis. The effect of pain and disability. *Annals of the Rheumatic Diseases*,57:588-594, 1998.
- 136-Kesioğlu P, Bilgiç N, Pıçakçıefe M ve ark. İzmir Çamdibi-1 nolu sağılık ocağı bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. *Geriatry*, 6: 27-30, 2003.
- 137-Arslan Ş. ve Kutsal Y. Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirimine Yönelik Çok Merkezli Epidemiyolojik Çalışma, *Geriatry* 2 (3): 103-114
- 138- Aile Hekimliği Avrupa Tanımı WONCA EUROPE 2002. <http://www.woncaeurope.org/web>.

## 8. EKLER

EK-1



### FATİH ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi Dekanlığı

SAYI : B.30.2.FTH.0.01.00.00/1005

19.06.2008

KONU : Etik Kurul Onayı

#### AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız Öğretim Elemanları Doç. Dr. Oğuz TEKİN ve Yrd. Doç. Dr. Sevsen CEBECİ tarafından sunulan "Yaşlılık Dönemi Genel Sağlık Problemlerinin Yönetimi" hakkındaki araştırma projesi etik kurulumuzun 05 Mayıs tarihli ve 14 sayılı toplantısında görüşülmüş ve etik kurulumuzca etik ilkelere uygun olduğu kararına varılmıştır.

Konu hakkında bilgilerinizi rica ederim.

*M. Ramazan Yiğitoğlu*

Prof. Dr. M. Ramazan YİĞİTOĞLU  
Dekan

## EK-2

Lawton (genişletilmiş) Enstrümantal Günlük Aktivite Ölçeği		
Telefonu kullanabilir mi?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Telefonu hiç kullanamaz	1
Yürüme mesafesi dışındaki yerlere gidebilir mi?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Özel olarak ayarlanmadığı sürece hiç seyahat edemez	1
Alışverişe gidebilir mi?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Hiç alışveriş yapamaz	1
Kendi öğünlerinizi hazırlayabilir mi?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Hiç yemek/öğün hazırlayamaz	2
Kendi ev işini yapabilir mi ?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Hiç ev işi yapamaz	2
Kendi günlük bakımını yapabilir mi?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Günlük bakımını hiç yapamaz	2
Kendi çamaşırını yıkayabilir mi?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Kendi çamaşırını hiç yıkayamaz	2
Kendi ilaçlarını alabilir mi?	Yardımsız (doğru zamanda doğru dozda)	3
	Biraz yardımla (birisi hazırlar ve/veya almasını hatırlatırsa)	2
	ilaçlarını hiç kendi alamaz	1
Parasını idare edebilir mi?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Parasını hiç idare edemez	1

**Yönerge:**  
Bütün sorularda ilk yanıt bağımsız, ikinci yanıt yardımla yapabilme, üçüncü yanıt ise tamamen bağımlı olmayı belirtir. Maksimum skor 27'dir. Skorlar her bir hasta için özgündür, izlem sırasında gerileme varsa anlamlıdır. 4 ile 7 arasındaki sorular cinsiyete özgü olma eğilimi içerir, görüşmecisi tarafından uyarlanabilir.

### EK-3

Geriatrik Depresyon Ölçeği	
Geçen hafta kendinizi nasıl hissettiniz? Buna göre aşağıdaki sorulara en doğru cevapları veriniz.	
1. Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	Evet/Hayır
2. Faaliyet ve ilgilerinizin çoğunu bıraktınız mı?	Evet/Hayır
3. Hayatınızın anlamsız olduğunu düflünüyor musunuz?	Evet/Hayır
4. Sıklıkla canınız sıkın mıdır?	Evet/Hayır
5. Gelecekte ümitli misiniz?	Evet/Hayır
6. Sizi rahatsız eden ve kafanızdan bir türlü atamadığımız düflünceler var mı?	Evet/Hayır
7. Keyfiniz çoğu zaman yerinde mi?	Evet/Hayır
8. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korku yaşıyor musunuz?	Evet/Hayır
9. Kendinizi çoğu zaman mutlu hissediyor musunuz?	Evet/Hayır
10. Sıklıkla çaresiz hissediyor musunuz?	Evet/Hayır
11. Sıklıkla huzursuz ve yerinde duramaz oluyorsunuz mu?	Evet/Hayır
12. Dışarı çıkıp değişik şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih edersiniz?	Evet/Hayır
13. Gelecekle ilgili olarak sık sık endişeleniyor musunuz?	Evet/Hayır
14. Birçok kılıya göre daha fazla unutkanlığınız var mı?	Evet/Hayır
15. Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi?	Evet/Hayır
16. Çoğu zaman kederli ve üzgün müsünüz?	Evet/Hayır
17. Kendinizi oldukça değersiz buluyor musunuz?	Evet/Hayır
18. Geçmişte düflünmek canınızı oldukça sıkıyor mu?	Evet/Hayır
19. Hayat size oldukça heyecan verici geliyor mu?	Evet/Hayır
20. Yeni şeylere kalkışmak size oldukça zor geliyor mu?	Evet/Hayır
21. Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi?	Evet/Hayır
22. Durumunuz size ümitsiz geliyor mu?	Evet/Hayır
23. Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düflünüyor musunuz?	Evet/Hayır
24. Küçük şeyler sık sık canınızı sıkıyor mu?	Evet/Hayır
25. Sıklıkla ağlamaklı oluyorsunuz mu?	Evet/Hayır
26. Dikkatinizi toplamada güçlüğü var mı?	Evet/Hayır
27. Sabahları yataktan kalkmak çok zor geliyor mu?	Evet/Hayır
28. Başkaları ile birlikte olmayı eskisi gibi istiyor musunuz?	Evet/Hayır
29. Kolayca karar verebiliyor musunuz?	Evet/Hayır
30. Eskisi kadar iyi düflünebiliyor musunuz?	Evet/Hayır
Not: 1., 5., 7., 9., 15., 19., 21., 28., 29., 30. sorulara verilen Evet cevapları 0, Hayır cevapları 1, diğer sorulara verilen cevapların kodlaması ters yönde. Toplam puan= 30, kesme değeri 13/14.	

EK - 4



FATİH ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
08-C-VERİ TOPLAMA FORMU

KONU: YAŞLI KİŞİLERİN GÜNLÜK ENSTRÜMENTAL AKTİVİTE DURUMLARININ İNCELENMESİ

VAKA: KONTROL: YAŞ: PR.NO:  
AD: SOYAD:

1-ANAMNEZ			KULL İLAÇLAR			2- KR.HASTALIKLARI		
1	CİNS	7	ENGELLİ	1	OAD	1	DM	
2	YAŞ	8	GÖRME PROBLEMİ	2		2	HT	
3	EVDE KAÇ KİŞİ	9	DUYMA PROBLEMİ	3		3	KOAH	
4	OKUL (YIL)	10		4		4	SVO	
5	OKUR YAZAR DEĞİL	11		5		5	DİĞER(BELİRTİN)	
6		12		6				

3-LAWTON					
1	TELEFON	7	ÇAMAŞIR		
2	YOLCULUK	8	İLAÇ		
3	ALİŞVERİŞ	9	MALİ İŞLER		
4	YİYECEK HZRLM	10			
5	EV İŞLERİ	11			
6	GÜNLÜK BAKIM	12			

TELEFON		YOLCULUK	
NUMARALARI TANIMAZ		NUMARALARI TANIMAZ	
GÖRME PROBLEMİ		GÖRME PROBLEMİ	
DUYMA PROBLEMİ		DUYMA PROBLEMİ	
DEMANS		DEMANS	
OKURYAZAR DEĞİL		OKURYAZAR DEĞİL	
ENGELLİ		ENGELLİ	
DİĞER		DİĞER	

ALİŞVERİŞ		YİYECEK HAZIRLAMA	
NUMARALARI TANIMAZ		DEPRESYON	
GÖRME PROBLEMİ		GÖRME PROBLEMİ	
DUYMA PROBLEMİ		DUYMA PROBLEMİ	
DEMANS		DEMANS	
OKURYAZAR DEĞİL		PSİKİYATRİK HAST	
ENGELLİ		ENGELLİ	
DEPRESYON			
DİĞER		DİĞER	

EV İŞLERİ		GÜNLÜK BAKIM	
DEPRESYON		DEPRESYON	
GÖRME PROBLEMİ		GÖRME PROBLEMİ	
DUYMA PROBLEMİ		DUYMA PROBLEMİ	
DEMANS		DEMANS	
PSİKİYATRİK HAST		PSİKİYATRİK HAST	
ENGELLİ		ENGELLİ	
		ROMATİZMAL HAST	
DİĞER		DİĞER	

ÇAMAŞIR		İLAÇ	
DEPRESYON		NUMARALARI TANIMAZ	
GÖRME PROBLEMİ		GÖRME PROBLEMİ	
DUYMA PROBLEMİ		DUYMA PROBLEMİ	
DEMANS		DEMANS	
PSİKİYATRİK HAST		OKURYAZAR DEĞİL	
ENGELLİ		ENGELLİ	
ROMATİZMAL HASTALIK		DEPRESYON	
DİĞER		DİĞER	

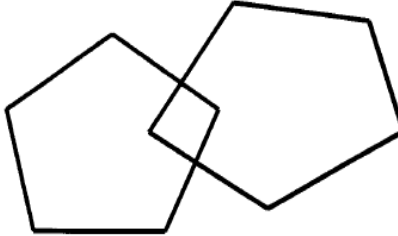
MALİ İŞLER		YAŞLILIK DEPRESYON SKALASI	
NUMARALARI TANIMAZ			
GÖRME PROBLEMİ			
DUYMA PROBLEMİ			
DEMANS			
OKURYAZAR DEĞİL			
ENGELLİ			
DEPRESYON			
DİĞER			

HAMİLTON DEPRESYON		SMMT	
		ORYANTASYON	
		KAYIT	
		DİKKAT HESAP	
		HATIRLAMA	
		LİSAN	
		TOPLAM	



## EK-5

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST-EĞİTİMLİLER İÇİN							
<b>Tarih:</b>						<b>Toplam Skor:</b>	
<b>Adı Soyadı:</b>		<b>Yaş:</b>		<b>Eğitim durumu:</b>		<b>Aktif el:</b>	
<b>Maksimum Skor</b>	<b>Alınan Skor</b>						
		<b>Oryantasyon</b>					
(5)	(.....)	<b>Hangi</b>	Yıl	Mevsim	Ay	Tarih	Gün
(5)	(.....)	<b>Neredeyiz</b>	Ülke	Şehir	İlçe-Belde	Kat	Daire
		<b>Kayıt</b>					
(3)	(.....)	<b>3 adet nesne ismi söyleyin</b> (örn. kalem, kitap, elma vb.). Daha sonra hastadan tekrarlamasını isteyin. Her doğru cevap için 1 puan verin (20 saniye verin).					
(5)	(.....)	<b>Dikkat ve Hesaplama</b> 100'den geriye doğru her basamakta 7 çıkararak hesaplayın (100, 93, 86, 79, 72, 65). Her doğru işlem için 1 puan verin.					
(3)	(.....)	<b>Hatırlama</b> Kayıt puanı hesaplamasında kullandığımız nesnelerin isimlerini tekrarlamasını isteyin. Her doğru cevap için 1 puan verin (20 saniye verin).					
		<b>Lisan</b>					
(2)	(.....)	Gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (Gösterin: Kağıt, saat vb.) Her doğru cevap için 1 puan verin (20 saniye verin).					
(1)	(.....)	Tekrarlayın (eğer ve fakat istemiyorum). Doğru cevap için 1 puan verin (10 saniye verin).					
(3)	(.....)	Dinledikten sonra istenen 3 emiri yapın. Her doğru hareket için 1 puan verin.					
(1)	(.....)	Cümleyi okuyun ve uygulayın. Doğru işlem için 1 puan verin					
(1)	(.....)	Anlamlı bir cümle yazın Anlamlı bir cümle için 1 puan verin (30 saniye verin).					
(1)	(.....)	Aşağıdaki şekli çizin (arka sayfaya, 1 dakika baktıktan sonra). Kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir (1 dk. Süre verin)					
Toplam 30							



STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST-EĞİTİMSİZLER İÇİN

Tarih:

Toplam Skor:

Adı Soyadı:

Yaş:

Eğitim durumu:

Aktif el:

Maksimum Alınan  
Skor Skor

**Oryantasyon**

(5) (.....) **Hangi** Yıl Mevsim Ay Tarih Gün  
(5) (.....) **Neredeyiz** Ülke Şehir İlçe-Belde Kat Daire

**Kayıt**

(3) (.....) **3 adet nesne ismi söyleyin** (örn. kalem, kitap, elma vb.).  
Daha sonra hastadan tekrarlmasını isteyin. Her doğru cevap için 1 puan verin  
(20 saniye verin).

(5) (.....) **Dikkat ve Hesaplama**  
Haftanın günlerini geriye doğru sayın. (PAZAR, CUMARTESİ, CUMA, PERŞEMBE,  
ÇARŞAMBA, SALI, PAZARTESİ).  
Her doğru işlem için 1 puan verin.

(3) (.....) **Hatırlama**  
Kayıt puanı hesaplamasında kullandığınız nesnelerin isimlerini tekrarlmasını isteyin.  
Her doğru cevap için 1 puan verin (20 saniye verin).

**Lisan**

(2) (.....) Gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (Gösterin: Kağıt, saat vb.)  
Her doğru cevap için 1 puan verin (20 saniye verin).  
(1) (.....) Tekrarlayın (eğer ve fakat istemiyorum).  
Doğru cevap için 1 puan verin (10 saniye verin).  
(3) (.....) Dinledikten sonra istenen 3 emiri yapın.  
Her doğru hareket için 1 puan verin.  
(1) (.....) Yaptığımın aynısını uygulayın.  
Doğru işlem için 1 puan verin  
(1) (.....) Anamlı bir cümle söyleyin  
Anamlı bir cümle için 1 puan verin (30 saniye verin).  
(1) (.....) Aşağıdaki şekli çizin (arka sayfaya, 1 dakika baktıktan sonra).  
Kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir (1 dk. Süre verin)

Toplam 30

