



**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

AİLE HEKİMLERİNİN GERİATRİK HASTAYA YAKLAŞIMI

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Esra SAYDAM KARABIYIK
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK**

Mart- 2018

**T.C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

AİLE HEKİMLERİNİN GERİATRİK HASTAYA YAKLAŞIMI

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Esra SAYDAM KARABIYIK
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK**

Mart- 2018

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tezin adı: Aile hekimlerinin geriatrik hastaya yaklaşımı

Dr. Esra SAYDAM KARABIYIK
26.03.2018

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

Prof. Dr. Yusuf Zeki ÇELEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının "Tıpta Uzmanlık" derecesine yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Mustafa ARAZ
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak yeterli bulunmuştur.

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Mustafa ARAZ
2. Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK
3. Prof. Dr. Kamile GÜL (K. Maraş Sütçü İmam Univ.)
4. Prof. Dr. Vahap OKAN
5. Yrd. Doç. Dr. B. Tolga KONDUK

III. ÖZET

AİLE HEKİMLERİNİN GERİATRİK HASTAYA YAKLAŞIMI

Dr. Esra SAYDAM KARABIYIK
Uzmanlık Tezi, İç Hastalıkları A.D
Tez danışmanı: Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK
Mart 2018, 60 Sayfa

Giriş ve Amaç: Geriatrik hasta tıbbi, sosyal, psikolojik ve etik öğeleri içeren tamamlayıcı bir yaklaşımı gerektirir. Ayrıca koruyucu hekim uygulamasının da büyük önemi vardır. Teknolojinin de gelişmesi ile birlikte, ‘kaliteli yaşlanma’ gündeme gelmektedir. 65 yaş üzeri hastaların tanısı, tedavisi, kişilerin sağlığının korunması, toplumdan soyutlanmadan yaşamlarını sürdürmeleri, koruyucu hekimlik uygulamalarının ve çok yönlü değerlendirmenin multidisipliner bir şekilde gerçekleşebilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerimizin eğitimi çok önemlidir. Çalışmamızda birinci basamak sağlık hizmetinde görevli hekimlerin geriatrik hasta değerlendirilmesinin önemini vurgulamak istemekteyiz.

Gereç ve Yöntem: Bu tez projesi öncelikle Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından Mart 2017’de bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp kabul edilmiş, daha sonra Gaziantep İl Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden çalışmanın yürütülebilmesi için gereken izinler alınmış ve sonrasında araştırma başlatılmıştır. Çalışmaya Mayıs 2017 ile Ağustos 2017 tarihleri arasında Gaziantep İl merkezinde çalışan, gönüllü 214 Aile Hekimi katılmıştır. Katılımcılardan kendi demografik durumları ve geriatrik hastalara yaklaşımları ile ilgili bir anket formu doldurmaları istenmiştir. Elde edilen veriler SPSS 22.0 istatistiksel veri programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılan 214 kişi, 24-65 yaş (medyan yaş 41) arasında olup, kişiler 50 yaş altı ve üzeri olarak 2 gruba ayrılmıştır. 50 yaş ve üzeri hekimlerin oranı %52,3’tür. Katılan hekimlerin %69’u erkektir. Demografik özelliklerinde göre; 165’i evli, 42’si bekar, 7’si de duldur. %70,5’inin çocuğu vardır. Beraberinde 65 yaş ve üstü birey ile birlikte yaşayan kişi sayısı ise 33 olup bu kişilerin %57,6’sı Geriatri bölümünün olduğu bir merkeze hasta yönlendirmektedir. Geriatri eğitimi alanların oranı %31 iken 50 yaş altı hekimlerde bu oran %62,6’ya çıkmaktadır. Geriatri eğitimi almış olmanın, polifarmasinin sorgulanması ve özellikle ilaç azaltmada ve geriatri bölümünün olduğu bir merkeze hasta yönlendirmede daha etkili olduğu görülmüştür. Evli ve çocuğu olan hekimlerin, yaşlı bireylerin aşılmasında daha duyarlı olduğu görülmüştür (sırası ile %78,2, %79,5).

Sonuç: Çalışmamıza göre; 50 yaş üzeri ve kadın hekimler koruyucu hekimlik uygulamalarının birçoğunda daha duyarlı ve istekli bulunmuştur. Yaşlı sağlığına birinci basamak uygulamalar ile gereken önemin verilmesi, koruyucu hekimlik uygulamalarının başarıyla yürütülmesi, geriatrik yaş grubunun hastalıklara bağlı morbiditesinin azalmasına, böylece hospitalizasyon ihtiyacı azalacak ayrıca sağlık giderlerinin de azalmasını sağlayacaktır. Bu konuda birinci basamakta görev yapan hekimlerin almış oldukları geriatri eğitiminin önemi büyüktür.

Anahtar Kelimeler: Geriatri Eğitimi, Aile Hekimliği, Birinci Basamak Koruyucu Hekimleri

IV. ABSTRACT

APPROACH TO GERIATRIC PATIENTS OF FAMILY PHYSICIANS

Dr.Esra SAYDAM KARABIYIK

Residency Thesis, Department of Internal Medicine

Thesis Supervisor: Assoc. Prof. Zeynel Abidin ÖZTÜRK

March- 2018, 60 Pages

Background and Aim: Geriatric patients require a complementary approach involving medical, social, psychological and ethical considerations. In addition, the practice of preventive physicians have great importance. With the development of technology, 'quality aging' is on the agenda. The education of physicians in primary health care is very important for the diagnosis and treatment of patients over the age of 65, the protection of the health of the people, the continuity of their lives without being abstracted from society, the practice of preventive medicine and multidisciplinary evaluation. In this study, it is aimed to emphasize the importance of geriatric patient evaluation of primary health care.

Materials and Methods: This thesis primarily adopted by Gaziantep University Medical Faculty Board of Ethics, scientifically and ethically, in March 2017, after that the permissions required were taken from Gaziantep Public Health Directorate for the work to be carried out and then research was initiated. 214 volunteer Family Physicians working in city center of Gaziantep were participated in the study, between May 2017 and August 2017. Participants were asked to fill out a questionnaire about their demographic situations and approaches to geriatric patients. The data obtained was evaluated by using the SPSS 22.0 statistical program.

Results: The 214 physicians between the ages of 24-65 (median age 41) were participated to the research in two groups younger and older than 50 years old. The ratio of physicians over 50 years of age is %52,5. %69 of participants are male. According to demographic characteristics, 165 of the participants are married, 42 of the participants are single, 7 of the participants are widow. %70,5 of them have children. The number of people living together with individuals aged 65 years and over is 33, and 57.6% of these people lead a center where there is a geriatric department. While the proportion of physicians who have geriatric education is 31%, it is 62.6% for the physicians under 50 years old. It has been seen that having a geriatric education is more effective for questioning polypharmacy and especially reduction of medication and directing patients to a center where there is a department of geriatrics. Physicians who are married and have children have been found to be more susceptible to vaccination of elderly individuals (respectively %78,2, %79,5).

Conclusions: According to present study, older than 50 years physicians and female physicians were found more sensitive and willing in most of preventive medicine practices. Given importance to the health of the elderly people with primary health care and successful implementation of prevention medicine practices will provide reduction of morbidity of geriatric age group due to diseases, so it will decrease the need for hospitalization and cost of health care. The importance of geriatrics education taken by physicians working in the primary care is significant.

Keywords: Geriatric Education, Family Medicine, Primary Care Physicians

I. ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerimi, fikirlerini ve emeğini esirgemeyen değerli hocam İç Hastalıkları Ana bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mustafa Araz'a, ayrıca deneyimlerinden ve bilgilerinden yararlandığım tüm İç Hastalıkları Ana Bilim Dalında görevli hocalarıma teşekkürü borç bilirim.

Gerek uzmanlık eğitimim, gerekse tez çalışmalarımın her aşamasında geniş bilgi birikimi, deneyimi, hoşgörüsü, sabrı ile desteğini benden esirgemeyen ve tüm yoğunluğuna rağmen çalışmam sırasında mutlaka bana zaman ayıran tez danışmanım sayın Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK hocama en içten saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Sıcak bir ortamı paylaştığım uzman ve asistan arkadaşlarıma, birlikte çalıştığım tüm sağlık personeli arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere gelmemde büyük emeği ve desteği olan, her şeyden çok sevdiğim anneme, babama, kardeşime, babam kadar değerli olan biricik dayım Yusuf BOSTAN'a, her anımda yanımda olan sevgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen canım eşim Dr. Bekir KARABIYIK'a ve hayatımda en büyük mutluluk kaynağım biricik oğlum DORUK'a sevgilerimi sunarım.

Dr. Esra SAYDAM KARABIYIK

Gaziantep-Mart 2018

*II. İÇİNDEKİLER

II. İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
EKLER.....	vii
SİMGE VE KISALTMALAR.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Geriatri.....	2
2.1.1 Tanım.....	2
2.1.2 Yaşlılık Epidemiyolojisi.....	3
2.1.3 Yaşlanma Çeşitleri.....	4
2.1.4 Yaşlılığın Dönemleri.....	5
2.1.5 Toplumun Yaşlanması.....	5
2.1.6 Dünya’da Ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Popülasyon.....	6
2.2 Sağlık Hizmetleri.....	7
2.2.1 Sağlıklı Yaşlanma.....	7
2.2.2 Aile Hekimlerinin Yaşlı Sağlığındaki Rolü.....	8
2.2.3 Yaşlılarda Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	9
2.2.4 Yaşlılarda Aşılama.....	9
2.3 Yaşlılık Ve Yaşam.....	10
2.3.1 Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi.....	10
2.3.2 Yaşlılığa Hazırlık.....	10
2.4 Geriatrik Sendromlar	11
2.4.1 Geriatrik Sendrom Giriş.....	11
2.4.2 Sık Karşılaşılan Geriatrik Sendromlar.....	11

2.5 Yaşlılarda Kronik Hastalıklar Ve Yaşlılık Sorunları.....	12
2.5.1 Kronik Hastalıkların Toplumsal Önemi.....	12
2.5.2 Birincil Koruma.....	15
2.5.3 İkincil Korunma.....	16
2.5.4 Üçüncül Korunma.....	17
2.6 Beslenme Desteği.....	18
2.7 Geriatrik Hastanın Değerlendirilmesi.....	19
2.8 Polifarmasi.....	20
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
4. BULGULAR.....	26
5.TARTIŞMA.....	32
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
7. KAYNAKLAR.....	39
8. EKLER.....	51
8.1.Mini nütrisyonel değerlendirme testi (MND).....	51
8.2 Nütrisyonel Risk Taraması.....	53
8.3 Barthel Gya Ölçeği.....	54
8.4 Katz Gya Ölçeği.....	55
8.5 Lawton-Broody Egya Ölçeği.....	56
8.6 Aile Hekimlerinin Geriatrik Hastaya Yaklaşım Anket Formu.....	57

TABLolar

Tablo 1: Ülkelerin 2000 ve 2013 yılı yaşlı nüfus oranları ile 2025 yılı beklenen yaşlı nüfus oranları	6
Tablo 2: Ülkelerin 2013 yılında kadın, erkek ve genel olarak toplam beklenen yaşam süresi	7
Tablo 3: Dünyada 60 ve Üzeri Yaşlarda Ölüm Nedenleri,2002.....	14
Tablo 4: Türkiye’de Ölümüne Neden Olan İlk 10 Hastalık.....	15
Tablo 5: Polifarmasiye Yol Açan Durumlar.....	21
Tablo 6: Polifarmasinin sonuçları.....	22
Tablo 7: Yaşlıda akılcı ilaç kullanım esasları.....	22
Tablo 8: Geriatri eğitiminin klinik uygulamaya yansıması.....	30
Tablo 9: Medeni durumun aşılama ve Geriatri bölümüne hasta yönlendirme üzerine etkileri.....	31
Tablo 10: Bakım İhtiyacı Olan Hastanın Yönlendirilmesi.....	31

ŞEKİLLER

Şekil-1: Türkiye’de 2013-2075 yılları arasında öngörülen nüfusta yaş grupları yapısının değişimi.....	4
Şekil-2: Geriatri Eğitiminin Vitamin Replasman Tedavisine Etkisi.....	27
Şekil-3: Geriatri Eğitiminin Beslenme Desteği Üzerine Etkisi.....	27
Şekil-4: Geriatri Eğitiminin Polifarmasi Sorgulama Üzerine Etkisi.....	29
Şekil-5: Geriatri Eğitiminin Polifarmasi İlaç Azaltma Üzerine Etkisi.....	29

EKLER

EK-1: Mini nütrisyonel değerlendirme testi (MND).....	51
EK 2: Nütrisyonel Risk Taraması.....	53
EK 3: Barthel Gya lęeęi.....	54
EK 4: Katz Gya lęeęi.....	55
EK 5: Lawton-Broody Egya lęeęi.....	56
EK 6: Aile Hekimlerinin Geriatrik Hastaya Yaklaşım Anket Formu.....	57



SİMGE VE KISALTMALAR

ARK.	: Arkadaşları
AAFP	: Amerika Aile Hekimliği Akademisi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CCI	: Commission on Chronic Illness (Kronik Hastalık Komisyonu)
CINDI	: Countrywide Integrated Non-Communicable Diseases Intervention
ÇYGD	: Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme
DALY	: Disability Adjusted Life Years (Sakatlığa Uyarlanmış Yaşam Yılı)
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EGYA	: Enstrumental Günlük Yaşam Aktiviteleri
GYA	: Günlük Yaşam Aktivitelerita
KMD	: Kemik Mineral Dansitometri
MND	: Mini Nutrisyonel Değerlendirme
MONICA	: Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases
NRS	: Nutritional Risk Screening
NSF	: National Service Framework
OECD	: Organization for Economic Cooperation and Development (İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
PSA	: Prostat Spesifik Antijen
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
Td	: Tetanoz Aşısı
Tdap	: Tetanoz Aşısı Ve Asellüler Boğmaca Aşısı
KKK	: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Geriatri; 65 yaş ve üstündeki hastaların tanısı, tedavisi, kişilerin sağlığının korunması, hastalıklarının önlenmesi, toplumdan soyutlanmadan yaşamlarını sürdürmeleri ve çok yönlü değerlendirmelerle tedaviyi hedef alan ayrıca koruyucu hekimlik uygulamaları ile ilgilenen, bilimsel uygulamaları içeren bir bilim dalıdır. Geriatrik hasta ise, 65 yaş ve üstü hastalar için kullanılan bir terimdir ve fizyolojik, fiziksel, sosyal ve/veya mental fonksiyonlarındaki kısıtlamalar ile ilişkili olan akut ve/veya kronik hastalıkların neden olduğu bağımsızlık kaybı riskini taşıyan biyolojik olarak yaşlı hasta olarak değerlendirilmektedir. Hastaların fonksiyonel kapasiteleri azalmıştır veya azalma riski artmıştır (2).

Günümüzde teknolojinin de gelişmesi ile birlikte yaşam beklentisi giderek artmakta ve yaşanabilecek sağlıklı yılların süresinin ve kalitesinin nasıl artırılacağı önemli bir konu haline gelmektedir. Geriatrik hasta ile ilk karşılaşmanın gerçekleştiği birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerimize, üniversite yıllarında verilen Geriatri eğitimi büyük öneme sahiptir. Böylece 65 yaş ve üzeri hastaların tanısı, tedavisi, gereken hastaların Geriatri bölümünün bulunduğu bir merkeze yönlendirilmesi, bu yaş grubundaki kişilerin sağlığının korunması, koruyucu hekimlik uygulamalarının yapılabilmesi, kısaca kaliteli yaşlanmanın gerçekleşmesi, multidisipliner yaklaşımla dolayısıyla hekimlerimizin almış olduğu eğitim ile yakından ilişkilidir. Çalışmamız ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli aile hekimlerinde; konunun önemini farkındalığını ve bilincini oluşturmayı ayrıca birinci basamak tedavi hizmet uygulamalarında geriatri eğitiminin önemini vurgulamak istemekteyiz.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Geriatri

2.1.1 Tanım:

Yaşlılık sorunları ile ilgili kullanılan terimler Geriatri ve Gerontoloji'dir. Geriatri, yaşlılık ve hastalıklarını konu alan bilim dalıdır. Gerontoloji ise yaşlanma olayını konu edinen bilim dalıdır ve aynı zamanda Yaşlanma fizyolojisi olarak da kullanılmaktadır (1).

“Yaşlanma”, “yaşlılık” ve “ihtiyarlık” gerontoloji ve geriatri alanlarında kullanılan, birbirleri arasındaki ayrımın net olmadığı ve bu nedenle sıkça karışan kavramlardır. Cansız varlıkların zaman içerisindeki değişimi ‘eskime’ veya ‘yıpranma’ olarak tanımlanırken canlı varlıklar için ‘yaşlanma’ ifadesi kullanılmaktadır. Çünkü canlı organizmalar için bu süreç her ne kadar yıpranma ve bozulmayı içerse de yapım ve onarım mekanizmaları hala aktiftir. “Yaşlılık” ise yaşlı olma, yaşın artması ile oluşan değişikliklerin etkilerini gösterme hali olarak tanımlanmıştır (4).

Yaşlılık; çocukluk, gençlik, orta yaş dönemi gibi hayatın bir dönemidir. Kişinin doğumdan ölüme kadar geçirdiği bu dönemlerde fonksiyonları, metabolizması, psikolojisi ve sosyal ilişkileri de değişime uğramaktadır. Bu sebeple yaşlılık bir hastalık değil, kendine has özellikleri olan fizyolojik bir süreçtir. Yaşlılıkta, kişilerin fiziksel, ruhsal ve fonksiyonel durumlarının geri dönüşümsüz bir şekilde yavaş yavaş kaybolduğu görülür (40).

Yaşlılık ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunda yaşlılık tanım ve sınıflamada fizyolojik boyutu ele alınmıştır. Kronolojik yaşlanmada sınır 65 yaş üstü olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü psikogeriatrik yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstünü yaşlı, 85 yaş ve üzerini çok yaşlı olarak kabul etmektedir. Gerontolojistlere göre ise bu yaş aralığı 65-74 yaş genç yaşlı, 75-84 yaş orta yaşlı, 85 yaş üzerini ise ileri yaşlılık (ihtiyarlık) dönemi olarak tanımlanmıştır (7-8-13).

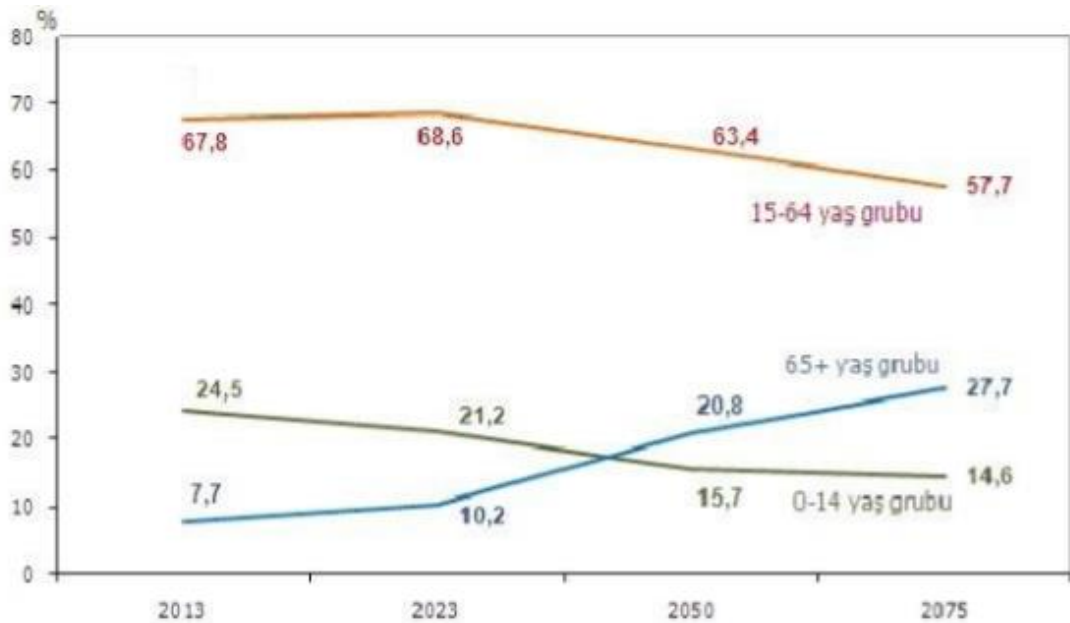
Yaşlılığın ortaya çıkışı ve gelişim süreci ile ilgili çeşitli görüşler bulunmaktadır. Bu görüşlerden biri, beyin hacmindeki artış ile bağlantılı görmektedir. Yıllar içerisinde beyin hacmindeki bu artışla birlikte insanlar çevresel ölüm tehditlerini azaltmıştır. Ayrıca beyinlerini daha etkin kullanarak besin kaynaklarını artırıp çeşitlendirmeyi başarmış ve ulaşım daha kolay bir hal almıştır. Sonuçta daha uzun süre hayatta kalma gerçekleşmiş ve 'yaşlılık' yaşamın bir parçası olmuştur (9-10). Diğer görüş ise yaşlılığın ortaya çıkışında, toplumsal değişimin biyolojik etkenlerden çok daha etkin olduğu görüşüdür ve aile bireylerinin aralarındaki yardımlaşma ve geleceğe aktarılan bilgi birikiminin önemi üzerinde durulmaktadır. Evrimimizin erken aşamalarında, bazı kadınlar toplumun devamlılığı için doğum yapmış kadınların çocuklarına bakımı üstlenmişlerdir. Dolayısı ile torunların daha iyi yetişmesi ve aynı zamanda doğurganlık çağındaki kadınların fazla çocuk yapmasının sağlanmıştır. Bu yardımlaşma ile aile içi ilişkiler sıcak tutulmuş ve yaşlı bireylerin sayısı zamanla artmıştır (11-12).

2.1.2 Yaşlılık Epidemiyolojisi

Dünyamız gün geçtikçe yaşlanmakta aynı zamanda doğum oranındaki azalma ile birlikte yaşam standartlarının iyileşmesine, insan ömrünün uzamasına ve yaşlı nüfusun giderek artmasına neden olmaktadır. DSÖ' nün 1970-2025 yıllarındaki nüfus projeksiyon öngörülerine göre yaşlı insan oranı %22,3 ile 624 milyon olarak beklendiği; 2025 yılında 1,2 milyon insanın 60 yaş ve üzeri yaşta olacağı ve 2050 yılında ise yaklaşık 2 milyon olması öngörülen yaşlı nüfusunun %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı beklenmektedir. 2002 yılında yapılan çalışmalara göre gelişmekte olan ülkelerdeki 60 yaş üzeri insan sayısı 400 milyon iken, 2025 yılında 840 milyona ulaşacağı tahmin edilmekte ve yaşlıların %70'inin gelişmekte olan ülkelerde özellikle de Asya kıtasında olacağı beklenmektedir (14).

Yaşlanma sürecinin hızlı olduğu gelişmekte olan ülkeler arasında ülkemiz de yer almaktadır. 1955 yılında yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %3,4 iken 2010 yılındaki nüfus sayımında bu oran %7,1, 2012 de ise %7,5'e yükselmiştir. TÜİK nüfus izlemine göre bu oranın 2023 yılında yaklaşık %10.2 ve 2050 de ise %20.8 olacağı beklenmektedir (21-23). Türkiye'de 2013-2075 yılları arasında öngörülen nüfusta yaş grupları yapısının değişimi Şekil-1'de gösterilmiştir (24). Yapılan çalışmalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki getirilerine paralel olarak Türkiye'de de yaşlı yüzyılı olacağını göstermektedir (22-23). Yaş yapısının değişmesi ile özellikle

yüzyılın ikinci yarısında, yaşlı nüfusun, sosyal, demografik ve ekonomik yönlerden Türkiye’de de önem kazanacağı öngörülmektedir.



Şekil-1: Türkiye’de 2013-2075 yılları arasında öngörülen nüfusta yaş grupları yapısının değişimi

2.1.3 Yaşlanma Çeşitleri

65 Yaşına ulaşmış bireylerde değişik derecelerde kronik hastalıklar ve bunların sonucunda oluşan fonksiyonel kayıplar söz konusu olabilmektedir. Bir kısım yaşlının hiçbir problemi yokken, diğer kısımda ciddi sağlık sorunları görülebilmektedir.

Normal Yaşlanma, zamanın ilerlemesine bağlı olarak, hastalık olmaksızın oluşan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri tanımlar. Bu dönem tüm canlılarda görülen, tüm anatomik ve fizyolojik işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen, dinamik ve evrensel bir süreci kapsamaktadır(3). Aynı zamanda bu süreç genetik, duygular, hastalık, bilimsel ve teknolojik gelişmeler, fiziksel ve sosyal çevreden etkilenmektedir (5).

Biyolojik yaşlanma, yumurtanın döllenmesi ile başlayan, yaşam boyu devam eden bir süreçtir (1).

Sosyal yaşlanma, bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerleri kapsamaktadır. Kültürel ve sosyal özelliklere

göre toplumdan topluma değişen yaşlılıktır. Kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin ya da birikimlerinin katkısı ile yaşadığı dönemindir (1).

Kronolojik yaşlanma, Geçen zamana göre bir yıllık süreler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımını ifade eder. Toplumumuzda bunun karşılığı Yaş'tır (1).

Psikolojik yaşlanma, algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini göstermektedir (5).

Patolojik Yaşlanma: Normal biyolojik yaşlanma sürecinden ayrı olarak hastalıklara bağlı yaşlanmayı ifade eder (6).

2.1.4 Yaşlılığın Dönemleri

1963 yılında yapılan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çalışmalarında yaşlılık dönemi dört bölüme tasniflenmiştir.

- a. Orta yaşlılık (45-59 yaş)
- b. Yaşlılık (60-74 yaş)
- c. İleri derece yaşlılık (75 -89 yaş)
- d. İhtiyarlık (90 ve üzeri)

2.1.5 Toplumun Yaşlanması

Yaşlılık insanların yanı sıra toplumlar için de geçerlidir. 60-65 yaş ve üzeri nüfus, toplam nüfus içerisinde yüksek olması halinde toplum yaşlanmasından bahsedilebilir. Toplumlar, yaşlılık oranına göre 4 grupta incelenebilir:

65 yaş üzeri nüfus oranı:

1. Genç Toplum: %4'ten az
2. Olgun Toplum: %4-7
3. Yaşlı Toplum: %7-10
4. Çok Yaşlı Toplum: %10'un üzerinde olan toplumdur (5).

Toplumun yaşlanması günümüzde ve gelecekte önemi giderek artan bir gerçektir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) çalışmalarına göre 60 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranı 1950 yılında %8 iken 2009 yılında %11 olmuştur ve 2050'de %22 olacağı ön görülmektedir (15). Toplam nüfus içinde 65 yaş üstü kişilerin oranı, 5 yaş altı çocukların oranından fazladır (16). Avrupa kıtası, yaşlanmada üst sıralardadır ve 2040'da her dört Avrupalıdan birinin 65 yaş üzerinde

olacağı beklenilmektedir (16). OECD ülkeleri arasında en hızlı yaşlanan ülke ise ülkemizdir (17).

2.1.6 Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Popülasyonu

Özellikle gelişmiş ülkelerde, Dünya nüfusu yaşlı nüfusa doğru kaymaktadır. Bu ülkelerden İtalya’da yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 2000 yılında %24.2 iken, 2013’te %27.2 olmuştur. 2025’te beklenen ise %30 ’dur. Aşağıdaki tablolardan Tablo 1’de Ülkelerin yaşlı nüfus oranları ve Tablo’ 2 de cinsiyetlere göre beklenen yaşam süreleri yer almaktadır (25).

Tablo 1: Ülkelerin 2000 ve 2013 yılı yaşlı nüfus oranları ile 2025 yılı beklenen yaşlı nüfus oranları (Kaynak: 25).

ÜLKE	2000 %	2013 %	2025 %
İtalya	24.2	27.2	30.0
Japonya	23.2	32.4	35.1
Almanya	23.3	27.1	33.2
Yunanistan	25,2	26.0	31.6
Belçika	21.9	24.0	31.2
İspanya	21.6	23.1	31.4
Birleşik krallık	20.7	23.2	29.4
Türkiye	6.7	7.7	10.5

Tablo 2: Ülkelerin 2013 yılında kadın, erkek ve genel olarak toplam beklenen yaşam süresi (Kaynak: 25).

ÜLKE	Beklenen yaşam süresi (erkek)	Beklenen yaşam süresi (kadın)	Beklenen yaşam süresi (toplam)
İtalya	80	85	83
Japonya	80	87	84
Almanya	79	83	81
Yunanistan	79	84	81
Belçika	78	83	80
İspanya	80	86	83
Birleşik krallık	79	83	81
Türkiye	72	79	75

Türkiye istatistik kurumu (TÜİK) verilerine göre 65 yaş üstü nüfusun, tüm nüfusa oranı 2000 yılında %6,7 iken, 2010 ‘da %7.2, 2014 ‘de %8 ve 2015 ‘de %8.2 olarak tespit edilmiştir. 2023 yılında ise bu oran %10.2 olacağı tahmin edilmektedir. Buradan çıkan sonuç ise nüfusumuz hızla yaşlanmakta olduğudur (26).

2.2 Sağlık Hizmetleri

2.2.1 Sağlıklı Yaşlanma

Sağlıklı yaşlanma, son zamanlarda akademik ve politik çevreler tarafından sıkça dile getirilen ancak şimdiye kadar nasıl tanımlanacağı veya sağlıklılığın nasıl ölçüleceğine dair görüş birliği tam olarak sağlanamamış bir kavramdır (27). Bunun sebebi olarak sağlıklı yaşlanmanın insanları yalnızca hastalısız kılma gibi gerçekleşmesi zor bir hedef olmaktan çok mevcut kapasiteler ile en üst düzeyde yaşamlarını sağlamaya çalışmak daha gerçekçi değerlendirilmesidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) , sağlıklı yaşlanmayı “yaşlılarda iyilik halini sağlayan fonksiyonel yeterliliği devam ettirme ve bu durumu geliştirme süreci “ olarak tanımlamaktadır (28). İyilik hali kişinin mutluluğu, tatmini gerçekleştirilmesinin verdiği memnuniyettir. Fonksiyonel yeterlilik, kişilerin isteklerini yeterli buldukları şekilde yaşamasını ve davranmasını sağlayan sağlıkla ilgili niteliklerin uyumuna dayanmaktadır. Kişinin

içsel kapasitesini meydana getiren tüm fiziksel ve zihinsel kapasitesi, dış dünyasını oluşturan çevresinde yer alan tüm faktörler kişilerin hayatının kapsamını oluşturmaktadır. Sağlıklı yaşlanmada kişinin sahip olduğu genetik miras çok önemlidir. Kişinin yaşadığı sosyal çevrenin kişisel özellikleri, fizyolojik kapasitenin izin verdiği sağlık özellikleri önemli tamamlayıcılardır. Yaşamı değerli kılan özellikler kişiden kişiye değişebilmekle birlikte, sosyal rol veya kimlik sahibi olma, ilişkiler kurabilme, haklarını kullanabilme, bağımsız olma ve kendi kararlarını verme otonomisi, kişisel gelişim potansiyelini kullanma yaşlı insanların önemsendiği değerlerden birkaçıdır(28).

2.2.2 Aile Hekimlerinin Yaşlı Sağlıkındaki Rolü

Aile hekimlerinin temel görevi, kendisine kayıtlı nüfusta bulunan kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı ile sunmaktır (33).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli Aile hekimi tamamlayıcı bir sağlık anlayışı ile yaşlı kişilerin tüm sağlık sorunları için çözüm üretmeyi amaçlamaktadır. Çözüm, tanı ve tedavinin verilmesinin yanı sıra bazen mevcut ilaçlarının saatlerinin ayarlanması, bazen polifarmasi açısından ilaç azaltma, bazen doğru uzmanlık dallarına yönlendirme gibi şekillerde de olabilir. Yaşlı hastaların sağlık sorunlarına multidisipliner bir anlayışla yaklaşılmalıdır. Yaşlılara verilecek sağlık hizmetleri sadece hastalıkların tanınmasını ve tedavisini sağlamak değildir. Yaşlıların daha uzun süre sağlıklı ve bağımsız yaşayabilmesi için hastalıkları önlemek ve sağlık durumunu geliştirmek ve iyileştirmek öncelikli amaçtır. Dengeli ve düzenli beslenme, bedensel etkinlik, sigara ve alkolün bırakılması gibi sağlıklı yaşam biçimi için danışmanlık yapma; kazalardan korunması için gerekli çevre güvenlik önlemlerinin alınması ve aşılama, koruyucu hizmetlerden bazılarıdır (34, 35, 36, 37). Detaylı bir öykü ve fizik muayene sonrası sağlık risklerinin belirlenerek uygun yönetim sağlanmalıdır (34, 35). Her görüşme, hastalıkları önleme ve sağlığı artırmanın yanı sıra hasta eğitimini de içermelidir (34, 35).

Akut ve kronik hastalıklara sahip çoğu kez çok yönlü sorunları bulunan yaşlıların değerlendirilmesinde aile hekimlerinin önemi büyüktür (38).

2.2.3 Yaşlılarda Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumların yaşlanmasıyla koruyucu sağlık hizmet kararları ve önerileri daha önemli bir hal almıştır. Yaşlılarda görülen başlıca ölüm nedenleri (kalp hastalıkları, maligniteler, serebrovasküler hastalıklar ve kronik obstrüktif akciğer hastalıklığı) aslında tüm yaşlar için ölüme asıl yol açan nedenlerin (tütün kullanımı, kötü beslenme alışkanlıkları, fiziksel inaktivite) akabinde gelişmektedir. Yaşlı insanlarda mortalitenin pek çok nedeni, davranış değişikliği ile modifiye edilebilir nedenler arasına girmiştir (29). “Yalnızlıktan korunma, iş uğraşı olanaklarının oluşturulması, fiziksel aktivite etkinlikleri, egzersizlerin sürdürülmesi, beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, kazalardan korunma, ayak bakımı, sigaranın bırakılması, aşılama, kanser taramalar, görme ve işitme fonksiyonlarının korunması, nöropsikiyatrik işlevler, anemi araştırılması gerekir.” (30). 65 yaş ve üstü hastalarda, kanser en sık ikinci ölüm nedeni olmasına rağmen, AAFP tarafından bu yaş grubunda yaşam beklentisi 5 yıldan kısa ise kanser taramaları yapmanın sağ kalım açısından bir faydasının olmadığı belirtilmiştir. Bu nedenle kanser tarama yapılırken yaşam beklentisi, fonksiyonellik ve komorbid durumların üzerinde durulması önerilmektedir. Önerilen diğer taramalar, beklenen yaşam süresi 5 yıl üzerinde olan 40 yaş ve üzeri kadınlarda meme kanseri, yine beklenen yaşam süresi 5 yıl üzerinde olan 50 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerde kolorektal kanser taramasıdır (29). Başlıca primer koruma amaçlı yapılan tarama testleri gaitada gizli kan, kan PSA düzeyi (erkek hastalar için), kemik mineral dansitometri (KMD), pap-SMEAR ve mamografidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlıklı bir şekilde sunulması için düzenli aralıklarla periyodik sağlık muayeneleri yapılması önerilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde periyodik aralıklarla olan muayeneler dışındaki yaşlı görüşmelerinin, hekim tarafından koruyucu hekimlik için bir fırsat olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Hastaların yaşadıkları bölgelerde başta gelen sağlık sorunları ve ölüm nedenleri bilinerek daha özgün bir yaşlı sağlığı koruma programı oluşturulabileceği unutulmamalıdır (31, 32).

2.2.4 Yaşlılarda Aşılama

Önceden bağışıklanılan veya bağışıklanmayan 65 ve üzeri yaş grubundaki tüm bireyler her yıl 1 doz influenza aşısı; her 10 yılda bir Td (tetanoz aşısı) rapeli uygulanmalıdır. Daha önce aşılanmamışsa bir dozunun asellüler boğmaca aşısı içeren

Tdap olması ayrıca toplamda 2 doz varicella, 1 doz zoster, 1 doz pnömokok (polisakkarit) aşılı olmaları önerilmektedir. Risk faktörü bulunan yaşlılara ise 1 doz kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK), 2 doz hepatit A, 3 doz hepatit B, 1 veya gerektiğinde daha çok doz meningokok aşısı yapılması önerilmektedir (39).

2.3 Yaşlılık Ve Yaşam

2.3.1 Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kişilerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, meslekleri, standartları ve kaygıları doğrultusunda yaşamdaki durumlarını algılama biçimleri olarak ifade edilmiştir (41). Yaşlılık döneminde mevcut bulunan komorbid hastalıklar, kötü sosyoekonomik durum, günlük yaşam aktivite miktarının azalması, hareket ve görme problemlerinden kaynaklanan düşme kaygısı, uyku sorunları, engelliliğe neden olan diğer durumlardan dolayı genel nüfusa göre yaşam kalitesi azalmaktadır (42). Eskişehir'de yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzeri kişilerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler araştırılmış, sonuçta yaşam kalitesinin ileri yaş, kadın cinsiyet, dul kalma, okuma yazma bilmeme, kronik hastalık mevcudiyeti durumlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü tespit edilmiştir (43). Yaşlılık dönemindeki yaşam kalitesinin belirlenmesi için kapsamlı geriatrik değerlendirme vazgeçilmez bir parçadır (44).

2.3.2 Yaşlılığa Hazırlık

Yaşlıların bakımı, kaliteli sağlık hizmetleri kadar önemli bir konudur. Topluma, yaşlılığa hazırlık öğretimi yapılmalıdır. Yaşlanmakta olan kişinin psikolojisi ve yaşlılıktaki farklı fiziksel sınırlamaların neler olacağı, nelerle karşılaşacağı konusunda kişiler önceden bilinçlendirilmelidir. Meydana gelecek tüm farklılıkların kaçınılmazlığı, emeklilik dönemine uyum sağlamanın ve bu dönemi yaşa uygun faaliyetler ile geçirme yolları, aile içi ve çevre ile iletişim, hayata değişen fiziksel özellikler ile adaptasyon şekli, bu yaş grubu için doğru nasıl beslenebileceği, güvenlik önlemleri ile ilgili kişiler bilgilendirilmelidir. Bununla birlikte aile bireylerinin de, yaşlılara nasıl davranmaları gerektiği, yaşlıların hastalık hallerinde nasıl bakacakları, dengeli beslenebilmeleri için nasıl hareket etmeleri gerektiği konularında bilinçlendirilmelidir (45-46).

2.4 Geriatrik Sendromlar

2.4.1 Geriatrik Sendrom Giriş

Yaşlı hastanın takip ve tedavisini yapan hekim ve sağlık ekibinin geriatrik sendromlar hakkında detaylı bilgi sahibi olması, koruyucu önlemler ve tedavi yaklaşımı açısından önemlidir. Literatürde geriatrik sendromun kabul gören ya da uzlaşmış bir tanımı ve kriterleri mevcut değildir (47).

Sendrom kelimesi, Yunanca'da **syn:** birlikte ve **dromos:** koşmak kelimelerinden oluşturulmuş, 1540'lı yıllarda Galen'in eserlerinin İngilizce çevirisi ile kullanılmaya başlanmıştır (48). Sendromun klinik anlamı ise; özel bir anomali sonucu oluşan semptomlar grubu veya herhangi bir hastalık seyrinde, hastalığı oluşturan bulgu ve semptomların tamamıdır (49-50).

Yaşlı hasta ile sık karşılaşan hekimler, bu grupta atipik bulguların neler olacağıyla ilgili dikkatli olmalı, mevcut şikâyete sebep olacak ilişkili tüm durum ve hastalıkları bilmelidir. Yine bu yaş grubu hastaların tedavisinde, hastalıkların altta yatan sebepleri saptanarak tedavi edilmesi önemlidir. Geriatrik sendromun varlığı kişinin hastanede yatma riskini ayrıca morbidite ve mortalite oranını arttırmaktadır. Bu sebeple geriatrik sendromların erken tanısı hayati önem taşımaktadır ve bu sendromların erken tanısı için kişilerin çok yönlü ve ayrıntılı değerlendirilmesi gerekmektedir (51).

2.4.2 Sık Karşılaşılan Geriatrik Sendromlar

Geriatrik sendromun kabul gören ya da uzlaşmış ortak bir tanımının olmaması sebebi ile birçok geriatri kitabında, geriatrik sendrom başlığı altında birçok klinik durum anlatılmaktadır. Otörler tarafından görüş birliği sağlanmış olan ve sık karşılaşılan geriatrik sendromlar şunlardır:

1. Bası yarası
2. Delirium
3. Demans
4. Depresyon
5. Düşme
6. İmmobilizasyon
7. İnkontinans

8. Kırılganlık (frailty)
9. Malnütrisyon
10. Osteoporoz
11. Sarkopeni(51).

2.5 Yaşlılarda Kronik Hastalıklar Ve Yaşlılık Sorunları

2.5.1 Kronik Hastalıkların Toplumsal Önemi

Günümüzde kronik hastalıklar ilk sıralarda gelen sağlık sorunlarını oluşturmaktadır, kronik hastalığı olan kişilerin sayısı her geçen gün artmaktadır ve bu hastalıklardan korunma yöntemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Günümüzde ve geleceğe yönelik sağlık hizmetlerini planlarken bu konunun dikkate alınması gerekmektedir. Kronik hastalıklar genellikle ileri yaşlardaki insanların hastalığıdır. Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte kronik hastalıklar da zaman içerisinde artmaktadır ve bu nedenle kronik hastalıkların toplumda önemi büyüktür. Toplumda yaşlı nüfus ne kadar fazla ise kronik hastalığa yakalanabilecek kişi sayısı da o kadar fazladır. Çoğu ülkede, geçen 100 yıllık sürede doğumda beklenen yaşam sürelerinde artışlar olduğu görülmüştür (52). Türkiye’de de son 50 yıl içinde doğumda beklenen yaşam süresi 30 yıl artarak, 41 yıldan 71 yıla yükselmiştir. Dolayısıyla 65 ve üzeri yaştaki kişilerin toplam nüfustaki payı son 50 yıllık süreç içerisinde iki katına yakın artmıştır (53). Kronik hastalık, ABD’de kronik hastalıklar komisyonu (CCI; Commission on Chronic Illness) tarafından yaklaşık 50 yıl kadar önce tanımlanmıştır. CCI ‘a göre “genellikle tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğunlukla kalıcı sakatlığa yol açan, oluşumunda sosyoekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol aldığı, sıklıkla nonenfeksiyöz karakterde hastalıklar” olarak tanımlanmıştır (54). Hastalıkların kişisel ve toplumsal açıdan önemleri farklıdır. Bu durum 1915 yılında Alman sosyal bilimci Alfred Grotjahn tarafından ortaya konulmuştur. Nadir de olsa, kişinin sahip olduğu hastalığı kişisel yönden önem taşıırken, konuya toplumsal açıdan bakıldığında, toplumda sık görülen, çoğu kişinin ölümüne neden olan ve çoğu kişiyi sakat bırakan hastalıklar önemli sağlık sorunu oluşturmaktadır. Bir hastalık toplumda ne kadar çok görülüyorsa, toplum açısından o kadar önemlidir. Kronik hastalıklar bu yönüyle incelendiğinde hem morbidite, hem de mortalite oluşturması nedeni ile önem arz etmektedir. Tüm yaş gruplarında en sık morbidite nedeni solunum yolları

enfeksiyonları olmasına rağmen yetişkin yaş gruplarında (45 ve üzeri) en sık morbidite nedenleri hipertansiyon, romatizmal yakınmalar, kronik akciğer hastalıkları, kalp-damar hastalıkları gibi kronik ve dejeneratif hastalıklar izlenmektedir. Mortalite yönünden yapılan çalışmalarda ise yetişkin yaş grubunda kalp-damar hastalıkları, kanserler, serebrovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları ve diyabetes mellitusun başta yer aldığı görülmektedir (Tablo 3) (55). Yaşlı nüfusun fazla olduğu ülkelerde tüm ölümler içinde yaşlı ölümlerin giderek arttığı izlenmiştir.

Kronik hastalıklar uzun süreli olan hastalıklardır ve bu süreç içerisinde kişilerde çeşitli fonksiyonların kaybedilmesine sebep olmaktadır. Romatizmal hastalıklar, osteoporoz, katarakt gibi bazı hastalıklar ise olarak önemli ölüm nedenleri olmamakla birlikte, sebep oldukları sakatlıklar nedeniyle önemli işgücü kaybına neden olarak yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Hastalıklar sebebi ile oluşan işgücü kayıplarını da dikkate alan bir değerlendirme yöntemi “hastalık yükü” (burden of disease) hesabıdır. Bu çalışmalarda kullanılan önemli bir ölçüt ise sakatlığa uyarlanmış yaşam yılı (DALY: Disability Adjusted LifeYears) kavramıdır. DALY için, bir kişinin sakatlığı veya ölümü nedeniyle olan yaşam yılı kayıpları hesaba alınır. Bu hesaplamalar neticesinde dünyada sık görülen hastalıklar listesinde kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları ve Alzheimer hastalığı ile kanserlerin ilk sıralarda yer aldığı görülmüştür (52). Türkiye’de 2000 yılında yapılan DALY sonuçlarına göre, 60 ve üzeri yaş grubunda erkeklerde ve kadınlarda en sık ölüm nedeni hastalıklardan 10 undan 9 tanesinin kronik hastalıklar olduğu görülmüştür (Tablo 4) (56). Yine bu çalışmada DALY olarak kayba neden olan en sık hastalıklar arasında kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları, dejeneratif artrit, akciğer kanseri ve diyabet saptanmıştır. Bu çalışmaya göre her yıl 200 bin dolayında ölümün nedeni olan kalp hastalıklarının 2030 yılında 400 binden fazla olması beklenmektedir. Aynı şekilde kanser ölümlerinin gelecek 30 yıl içinde 2,5 kat, DM (Diabetes Mellitus) nedeniyle olan ölümlerin de 1,5 kat artacağı tahmin edilmektedir(56).

Tablo 3. Dünyada 60 ve Üzeri Yaşlarda Ölüm Nedenleri,2002 (52)

	ÖLÜM NEDENİ	ÖLÜMLER
1	İskemik kalp hastalıkları	5825
2	Serebrovasküler hastalıklar	4689
3	Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları	2399
4	Alt solunum yolu enfeksiyonları	1396
5	Trakea, bronş, akciğer kanserleri	928
6	DM	754
7	Hipertansiyona bağlı kalp hastalıkları	735
8	Mide kanseri	605
9	Tüberküloz	495
10	Kolon ve rektum kanserleri	477

Tablo 4. Türkiye’de Ölüme Neden Olan İlk 10 Hastalık (56)

	ERKEK		KADIN	
	HASTALIK	YÜZDE (%)	HASTALIK	YÜZDE (%)
1	İskemik kalp hastalığı	24,4	İskemik kalp hastalığı	29,6
2	Serebrovasküler hastalık	20,3	Serebrovasküler hastalık	21,1
3	Kronik akciğer hastalığı	13,4	Kronik akciğer hastalığı	5,0
4	Akciğer kanseri	5,3	Hipertansif kalp hastalığı	4,3
5	Hipertansif kalp hastalığı	4,2	DM	3,3
6	İnflamatuvar kalp hastalığı	2,5	Alt solunum yolu enfeksiyonu	2,9
7	Alt solunum yolu enfeksiyonu	2,3	İnflamatuvar kalp hastalığı	2,8
8	DM	1,9	Meme kanseri	1,9
9	Mide kanseri	1,7	Mide kanseri	1,3
10	Mesane kanseri	1,6	Nefrit ve nefrozlar	1,2

2.5.2 Birincil Koruma

Hastalıkların birincil korumasında hedef kitle genel toplumdur. Bu yaklaşım ile sağlıklı olan bireylere yapılan müdahaleler ile kişilerin hastalığa yakalanmasının önüne geçme amaçlanmaktadır. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili daha tipik örnekler olsa da (aşılama gibi) , birincil korunma kronik hastalıklar alanında da kullanılmaktadır.

Kronik hastalıkların büyük çoğunluğunda risk faktörleri olan beslenme yanlışları, sigara kullanımı ve sedanter yaşam davranışlarının düzenlenmesi ile kalp hastalıkları, bazı kanserler, kronik akciğer hastalıkları gibi önemli kronik hastalıklarda korunma sağlanabilmektedir. Kısaca “sağlıklı yaşam davranışları” olarak bilinen sağlıklı (yeterli ve dengeli) beslenme, sigara kullanmama ve düzenli olarak fizik egzersiz yapılması şeklindeki uygulamalar kronik hastalıkların birincil korunması bakımından önemli faydalar sağlamaktadır. Kronik hastalıklardan korunma açısından birincil korunma gündemde olmakla birlikte, bu aladaki çalışmalarda başarı sağlanması için uzun zamana ihtiyaç vardır. Günümüzde sağlıklı beslenme, sigara içmeme ve düzenli egzersiz ile çoğu kronik hastalıktan başarılı şekilde korunma mümkündür. Fakat bu yönde bir davranış değişikliği kolay değildir. Bu davranışlar kişilerin alışkanlıkları, kültür ve gelenekleri ile ilişkilidir ve değiştirilmesi zordur. Bununla birlikte Dünya’da kronik hastalıklarda birinci korunma sağlamak için çeşitli toplumsal müdahale çalışmaları yapılmış ve başarılı sonuçlar gözlenmiştir. Bu çalışmaların başlıca örnekleri 1970 yılında Finlandiya’da yapılmış North Karelia Projesi, 1980 yılında DSÖ tarafından yapılan olan MONICA (Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases) Projesi ile 1990 yılında yapılan CINDI (Countrywide Integrated Non-Communicable Diseases Intervention) Projesi sayılabilir(57).

2.5.3 İkincil Korunma:

İkincil korunma ile hastalıkların erken tanısı ile amaçlanmaktadır. Erken tanı, hastalığın klinik belirti ve bulgularının ortaya çıkmadan önceki dönemde saptanması demektir. Akut hastalıklarda erken tanı uygulamaları çok sınırlı olmasına rağmen kronik hastalıkların kontrolünde erken tanı çok önemlidir. Bununla birlikte kronik hastalıkların çoğunda kontrol programları, erken tanı çalışmalarına dayanmaktadır. Erken tanı uygulamaları kalp ve damar hastalıklarında, kronik akciğer hastalığında, bazı kanserlerde, DM’da başarılı bir şekilde yapılmaktadır (58). Erken tanı programının yürütülebilmesi için hastalığın bazı özelliklerinin bilinmesi ve erken tanı için uygun bir yöntemin olması gerekir. Hastalığa ait bu özellikler arasında hastalığın seyrinde “latent” bir dönemin olması erken tanı konulabilmesi için önemlidir. Bunun yanında hastalığın sık gözlenmesi, hastalar için mevcut bir tedavi yönteminin olması ve hastalığın erken dönemde saptanması tedavinin daha başarılı olduğunu göstermektedir. Hastalığın erken dönemde tanısının yapılabilmesi

için saptanmış bir erken tanı yöntemi de bilinmelidir. Bu amaçla tarama çalışmaları yapılmaktadır. Tarama, “hızlı uygulanabilen testler ve muayene ile toplumda bilinmeyen bir hastalığı ortaya çıkarma çalışmaları” olarak tanımlanmıştır. Erken tanı amacı ile yapılan tarama yöntemleri ucuz, kolay uygulanabilen ve hastalar tarafından kabul edilebilir olmalı, uygulama sırasında kişiyi rahatsız etmemeli, testin duyarlık ve seçiciliğinin yüksek olması gerekmektedir. Tarama çalışmalarında önemli bir nokta da katılımın sağlanmasıdır. Herhangi şikayeti olmayan bir kişinin kendiliğinden bu çalışmalara katılması maalesef sık rastlanılmamaktadır. Yaşlılar söz konusu olduğunda katılım açısından farklı zorluklar da etkili olmaktadır. Yaşlılar muayene sonucunda kendilerinde bir hastalık ortaya çıkacağı kaygısı ile ya da iletişim zorluğu nedeniyle bu çalışmalara katılmak istemeyebilir. Tarama çalışmasının kişilere ulaştırılması açısından ve katılımın artırılması için çaba gösterilmesi gerekmektedir (57).

2.5.4 Üçüncül Korunma:

Üçüncül korunma, klinik belirti ve bulguları ortaya çıktıktan sonra, bilinen en iyi şekilde tedavi edilmesi anlamına gelir. Bu yaklaşım ile hastalıktan değil, hastalığın olumsuz yönlerinden ve sonuçlarından korunma amaçlanmıştır. Üçüncül korunma hastaların rehabilitasyonu, hastaların kendi hastalıkları ile yaşamayı öğrenmeleri ve hastalıkları ile uygun olan çalışma hayatına uyum sağlamalarını içermektedir. Kronik hastalıklar uzun süreçli sağlık problemi olduğundan ve kişiler yaşamları boyunca bu hastalıkla birlikte yaşamak zorunda olduğundan hastalıkları ile yaşamayı öğrenmelidir. Hastalığın seyri sırasında farklı düzeylerde fiziksel ve fonksiyonel yetersizlikler ortaya çıkabilmekle birlikte hastaların bu bakımından desteklenmesi gerekmektedir. Buna yönelik de evde bakım hizmetleri, hastalara yönelik bakım verecek kurumlara ihtiyaç duyulmaktadır (57). Sağlık hizmetlerinde ulaşılan hedefler ile bebeklik ve çocukluk dönemlerindeki ölümlerde azalmalar sağlanmış ayrıca etkili aile planlaması uygulamaları ile aşırı doğurganlıkta da azalma sağlanmıştır. Dolayısıyla toplumlardaki yetişkin ve yaşlı nüfus artmıştır. Yaşlı nüfusun artış, çevresel faktörlerin etkisi ve çeşitli bireysel davranış özellikleri ve ile kronik ve dejeneratif hastalıklarda artışa neden olmuştur. Sonuç olarak günümüz kronik ve dejeneratif hastalıklar daha fazla önem kazanmıştır (59). Kronik hastalıklar uzun süreçli olduğundan, kişi yıllar boyunca hastalığı ile yaşamak zorundadır. Bu durum, zaman içinde kronik hastalıkların daha da artacağını dolayısı

ile hem morbidite, hem mortalite hem de sakatlık açısından daha fazla önem kazanmıştır. Bu sebeplerden dolayı sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve yürütülmesinde kronik hastalıkların kontrolü çalışmalarının yanında kronik hastalık nedeniyle fonksiyonel kaybı olan hastaların bakımının sağlanması gerekmektedir. Dünyanın ve ülkemizin değişen sağlık örüntüsünde halk sağlığı çalışanlarının araştırma önceliği olarak kronik hastalıklar ve yaşlılık problemlerinin sıklığı, topluma getirdiği yük gibi konulara yönelmesi uygun olacaktır. Kronik hastalıkların nedenlerinin araştırılması ve saptanan sonuçlara göre koruyucu uygulamaların planlanması gerekmektedir. Koruyucu çalışmalarda özellikle hasta bulma çalışmaları (tarama çalışmaları) çok değerlidir. Yapılan çalışmalar, yetişkin yaş grubunda her üç kişiden ikisinin bir kronik hastalığı olduğunu göstermektedir.

2.6 Beslenme Desteği

Yaşlanma ile vücut bileşenlerinde, organ fonksiyonlarında, enerji ihtiyacı ve kullanımında, besin gereksiniminde farklılıklar oluşmaktadır. Abdominal yağ dokusu artışı ve kas kitlesinde azalma (sarkopeni) sonucu hareket kısıtlılığı, kas iskelet sistemine ait problemler, insülin direnci, hipertansiyon, ateroskleroz ve glikoz/ lipid metabolizması bozuklukları gibi sorunlar oluşmaktadır. Yaşlı hastalarda kronik hastalıklar ve malignitelere artış ayrıca kognitif fonksiyonlarda azalma izlenmektedir. Psikolojik sorunlar ve bakım problemleri neticesinde öğün atlama ya da yetersiz beslenme ile sık karşılaşılmaktadır (%35- 40). Sonuçta malnütrisyon gelişmekte ve kısır döngü izlenmektedir (60). Protein/enerji malnütrisyonu ise mevcut sorunların daha da artmasına sebep olmaktadır. Bu döngünün kırılması öncelikle malnütrisyon varlığının tespit edilmesine bağlıdır. Mini nütrisyonel değerlendirme (MND) testi bu amaçla kullanılmaktadır. MND sözel sorgulama ve antropometrik ölçümler olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Laboratuvar değerlendirme gerektirmez, bu nedenle sıklıkla tercih edilmektedir (61). EK-1 de Mini nütrisyonel değerlendirme testi (MND) gösterilmiştir.

MND testi, 15'i sözel sorgulama ve 3'ü antropometrik ölçüme dayalı toplam 18 sorudan oluşur ve testin tamamı 30 puan üzerinden değerlendirilir (61). Altı sorudan oluşan ilk sorgulama kısmında 14 üzerinden 12 veya üzeri puan alındığında testin geri kalanına devam edilmez ve kişide malnütrisyon yok denilir. Bu kısımdan 11 veya altında puan alınır ise testin kalan 12 sorusu da sorgulanır (EK-1). Toplamda

23.5-30 puan arası normal nütrisyonel durumu, 17-23 puan malnütrisyon riskini, <17 puan ise kesin malnütrisyonu göstermektedir. MND içinde yer alan 15 sözel soru ile hastanın nütrisyonel açıdan genel değerlendirilmesi ve diyet alışkanlıkları sorgulanır. MND testinde yapılan antropometrik ölçümler ise; beden kitle indeksi (BKİ),  st kol çevresi ve baldır çevresidir. BKİ <18.50 kg/m² bulunan hastalar düşük kilolu, 18.50–24.99 kg/m² olanlar normal kilolu, 25.00–29.99 kg/m² olanlar ileri kilolu ve ≥30.00 kg/m² olanlar ise obez kabul edilmiştir (62). Geriatrik sendromların başta gelen nedenlerinden kognitif fonksiyonlarda bozulma ve demans geliştiğinde, günlük yaşam aktivitesi, enstrümental aktivite ve sosyal uyumda ciddi bozulmalar izlenmektedir (63). EK-2 de nütrisyonel risk taraması izlenmektedir. Bu teste göre yaş ≥70 ise skora 1 eklenir, Toplam skor ≥3 ise risk mevcuttur (61).

2.7 Geriatrik Hastanın Değerlendirilmesi

Geriatrik hastanın uygun ve doğru bir şekilde değerlendirilmesi kapsamlı geriatrik değerlendirme ile mümkün olabilmektedir (64-65). Kapsamlı geriatrik değerlendirme; yaşlı kişilerin çeşitli problemlerini ortaya koyan, tarifleyen, açıklayan, bireylerin rezervlerini ve dayanıklılıklarını sınıflandıran, problemlerine müdahale edebilecek durumları gösteren ve bu durumlarla koordine bir tedavi planı geliştiren multidisipliner bir yaklaşımdır. Geriatrik hastaya yaklaşımda doktorun esas amacı hayat kalitesini artırmaktır. Kapsamlı geriatrik değerlendirmede amaçlar; gizli kalabilecek hastalıkları ortaya çıkarmak, kesin tanıya yardımcı olmak, sağlığı korumak ve yeniden kazandırmak için uygun yaklaşımı planlayıp uygulamak, gerektiğinde uygun çevresel ve sosyal destek için danışmanlık vermek, sonuçları tahmin ederek hastalığın gidişatını göstermek, fonksiyonel düzeyi korumak ve geliştirmektir. Kişinin fonksiyonel durumu, geriatrik sağlığı etkilemektedir. Bu sebeple geriatrik değerlendirmenin en önemli amacı fonksiyonel iyileştirmedir (66-67). Kapsamlı geriatrik değerlendirmede disiplin içerisindeki ekip anlayışı ön plandadır (68). Bu ekibin  yeleri: Klinisyen-geriatrist ya da İç Hastalıkları Uzmanı, Hemşire, Sosyal Hizmet Uzmanı, Diyetisyen, Psikolog, İş ve Uğraşı Terapisti ve Fizyoterapisttir. Gerektiğinde katılabilecek  yeleri ise Nöroloji uzmanı, Oftalmolog, Farmakolog, G z hekimi,  roloji uzmanı ve diğer uzmanlık alanlarıdır (64-65). Amaç 65 ve üzeri yaştaki kişilerin fonksiyonlarını korumak ve daha iyi bir yaşam

kalitesi sunarak mümkün olan en iyi sağlık seviyesine onları ulaştırabilmektir. Kişinin fonksiyonel durumunu etkileyen parametreler şunlardır:

Günlük Yaşam Aktiviteleri:

-Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri: Banyo, giyinme, transfer, tuvalet, kontinans, beslenme (EK-3 ve EK-4 te gösterilmiştir).

-Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri: Telefon kullanma, alışveriş, yemek hazırlama, ev korunması, transport, medikasyonlar, görme, işitme, mobilite, düşmeler, kognitif bozukluklar, depresyon, malnutrisyon, ağız ve diş sağlığı, üriner inkontinans, ev güvenliği çeşitli skalalar kullanılarak kişinin temel ve günlük Yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yetisini değerlendirilir. Günlük yaşam aktivitesini değerlendirmede en sık kullanılan ölçek Barthel 'in Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğidir (EK-3 te gösterilmiştir).

Enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesinde ise en sık Lawton-Broody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kullanılır (68-69) (EK-5 te gösterilmiştir).

2.8 Polifarmasi

Yaşlı hastalarda tedavinin düzenlenebilmesi birçok faktöre bağlıdır. Birden fazla kronik hastalığın mevcut olması, yaşlanma ile oluşan fizyolojik değişikliklere bağlı olarak ilaçların farmakodinamiği ve farmakokinetiğinin değişmesi, ilaç yan etkilerinin ve ilaçlar arası etkileşim ihtimalinin artmış olması tedavinin düzenlenmesini zorlaştıran durumlardır. Yapılan çalışmalara göre yaşlılıkla birlikte reçete edilen ilaç sayısı da artmaktadır (70). Fazla sayıda ilaç kullanımı ise; yan etki, ilaçlar arası etkileşim, tedavi maliyeti, hospitalizasyon ihtiyacı, medikal tedaviye uyumsuzluk oranlarında ve buna sekonder gelişen problemlerde artışa sebep olmaktadır (71). Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımını anlamına gelen "Polifarmasi" tanımında kesin bir ortak görüş bulunmamakla birlikte genellikle aynı anda birden fazla endikasyon için çok sayıda ilaç kullanımı anlamına gelmektedir (72).Literatürde polifarmasi için farklı birçok tanımlama kullanılmıştır.

Polifarmasinin diğer tanımları:

• 2 ya da daha fazla ilacın en az 240 gün süre ile birlikte kullanımı (73).

2 ya da daha fazla ilacın bir arada kullanımı(74).

- National Service Framework (NSF) tarafından dört ya da daha fazla ilaç kullanımı (75).
- 5 ya da daha fazla ilacın bir arada kullanımını olarak yapılmıştır (76).

65 yaş ve üzeri kişilerde kronik hastalık sayısının artmış olmasının yanı sıra bu hastalıklar ile ilgili yayınlanan klinik kılavuzların uygulanabilirliği güç bir durum oluşturmaktadır. Bu konuda Boyd ve ark.'nın bir çalışmasında kronik hastalıklar için tavsiye edilen kılavuzların, multipl komorbidit hastalıkları bulunan kişiler için yeterince modifiye edilmediği ve bu konuda yetersiz olduğu gösterilmiştir. Özellikle tedavi planlarının yer aldığı bilimsel verilerin, kısa ve uzun vadeli hedeflerinin ne olduğu ve kişinin tercihleri konusunda yetersiz olduğunu izlenmektedir (77). Ayrıca multipl hastalığı olan bireylerin farklı hekimlere başvurmaları sonucu hekimler birbirinden habersiz ilaç reçetelemektedir. Bu durum birden fazla aynı içerikli ilaçların aynı anda kullanımına neden olmaktadır (78-79). Kullanılan bir ilacın yan etkisini tedavi etmek için başka bir ilaç verilmesi (reçete kaskatı) ise oluşan polifarmasinin farklı bir nedenidir. Örneğin demans tedavisinde verilen kolinesteraz inhibitörlerinin oluşturduğu dispeptik şikayetleri ya da uykusuzluğu başka bir ilaç ile tedavi etmek gibi (80). Polifarmasinin diğer nedenleri ise: son altı ay içinde hastaneye yatarak tedavi görmek, hastaların fazla ilaç beklentileri, 65 ve üzeri yaş grubunda tanıdan ziyade semptomaya yönelik ilaç kullanılması, kadın cinsiyet, hekimler tarafından eski ilacı kesilerek yeni ilaca başlanması, çok sayıda ilacın reçetesiz satılması, kognitif disfonksiyonun olması, bakıcı yetersizliği, eğitim düzeyinin düşüklüğü ve hasta memnuniyeti olarak sıralanabilir (81).

Tablo 5: Polifarmasiye Yol Açan Durumlar

1. Çoklu kronik hastalık
2. Çoklu reçete
3. Reçete kaskatı
4. İlaç yan etkileri ve ilaç etkileşimleri konusunda doktorun yetersiz bilgiye sahip olması.
5. Hasta ve bakıcı ile ilişkili durumlar
 - İleri yaş
 - Kognitif bozukluklar

- Görme, işitme ve fonksiyonel durumda düşüklük
- Huzurevinde yaşama
- Hastalık ve ilaç reçeteleme konusunda yetersiz olma

Tablo 6: Polifarmasinin sonuçları

1. İlaç yan etkileri
2. İlaç-ilaç-hastalık etkileşimleri
3. Tedaviye uyumsuzluk
4. Maliyette artış
5. Kalça kırığı
6. Kilo kaybı
7. Düşme
8. Kognitif disfonksiyon ve sedasyon
9. Hastaneye yatışlarda artma
10. Huzurevine yerleştirilmede artma
11. Ölüm

Tablo 7: Yaşlıda akılcı ilaç kullanım esasları(82)

1. 65 ve üzeri yaş grubuna ilaç önerilirken tedavi kişiye özgü olmalı, o hastaya en uygun tedavi seçilmelidir.
2. Kişiye verilen ilaçlar, vitaminler, nutrisyonel destek ürünleri, bitkisel ilaçlar konusunda hasta ve bakıcıları bilgilendirilmelidir. Verilen ilaçların ayrıntılı listesi, kullanım sıklığı, dozajı, hem içerik hem de piyasa ismi konusunda yazılı ve sözlü bilgilendirilme yapılmalıdır.
3. Farmakoterapi ilkelerine göre verilecek ilaç alternatifleri; etkinlik (yeterli doz, süre), güvenilirlik (yan etki, ilaç etkileşimleri), uygunluk (kontrendikasyon, saklama, kullanım kolaylığı) ve tedavi maliyeti açısından muadilleri ile karşılaştırılmalı ve en iyi seçenek hastaya verilmelidir.
4. Hastanın kullandığı ilaçlar hekim tarafından kontrol edilmelidir.
5. Kullanılan ilaçların sık yan etkileri ile ilgili kişiler eğitilmeli ve hangi durumlarda hekime başvuracakları konusunda bilgilendirilmelidir.
6. Hekimler hastalara yetebilecek en az sayıda ilacı vermelidir. Tedavide az sayıda ve özellikleri iyi bilinen ilaçlar tercih edilmelidir.

7. Kullanılacak ilaç verilebilecek en düşük dozda başlanmalı ve doz yeterli gelmez ise kontrollü olarak artırılmalıdır.
8. Kişinin tedaviye uyumunu artırmak için tedavi basitleştirilerek ilaçların özellikle sıvı formu ve mümkün ise günde tek doz olanı tercih edilmelidir.
9. Hekim-hasta-bakıcı arasında iyi bir iletişim olmalıdır.
10. Sık aralıklarla tedavi gözden geçirilmeli ve gereksiz ilaçlar tedaviden çıkarılarak tedavi düzenlenmelidir. Yeni ilaç ilavesi kişinin yaşam kalitesini artırıyorsa verilmeli aksi halde yeni başlanılacak ilaçların yeni sorunlar oluşturabileceği unutulmamalıdır.
11. Tıbbi sorunlar ilk yaklaşım olarak mümkünse ilaçsız olarak tedavi edilmeye çalışılmalıdır.
12. Sedatif, sakinleştirici ilaçlar kişinin günlük yaşamındaki faaliyetlerini etkileyebileceğinden kullanımda dikkatli olunmalı, hasta ve bakıcı bu konuda bilgilendirilmelidir.
13. Yan etkisi olabilecek ilaçlar mümkünse kısa surede kullanılmalı ve idame etmemeye çalışılmalıdır (82).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu tez projesi öncelikle Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından Mart 2017’de bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp kabul edilmiş (Tarih:27.03.2017, Karar no: 2017/135), daha sonra Gaziantep İl Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden çalışmanın yürütülebilmesi için gereken izinler alınmış ve sonrasında araştırma başlatılmıştır. Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu çalışmaya katılan tüm hekimlerden Helsinki bildirisinde belirtildiği üzere yapılacak olan anketlerle ilgili bilgi verildikten sonra aydınlanmış onamları alınmıştır. Çalışmaya Mayıs 2017 ile Ağustos 2017 tarihleri arasında Gaziantep İl merkezinde çalışan, gönüllü 214 Aile Hekimi katılmıştır. Katılımcılardan kendi demografik durumları ve geriatrik hastalara yaklaşımları ile ilgili bir anket formu (EK 6: Aile Hekimlerinin Geriatrik Hastaya Yaklaşım Anket Formu) doldurmaları istenmiştir. Elde edilen veriler SPSS 22.0 istatistiksel veri programı değerlendirilmiştir.

Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul ederek, bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan, Gaziantep İl merkezinde çalışan, gönüllü 214 Aile Hekimi dahil edildi. Yeterli kişi sayısı elde edildikten sonra çalışmaya son verildi.

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Gaziantep il dışında bulunan, Aile Hekimliği dışında bir branşa sahip olan ve gönüllü olmayan hekimler çalışmaya dahil edilmedi.

Değerlendirme Sırasında Kullanılan Parametreler:

Çalışmamızda; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, birlikte 65 ve üzeri yaşta kişi ile yaşama, geriatri eğitimi alıp almadığı, Aile hekimliği

uygulamaları, geriatric hastaya yaklaşımda karşılaşılan durumlar, tedavinin hastalar üzerindeki yaşam kalitesine etkisine yönelik sorular ile hekimler sorgulanmıştır.

İstatistiksel Analiz

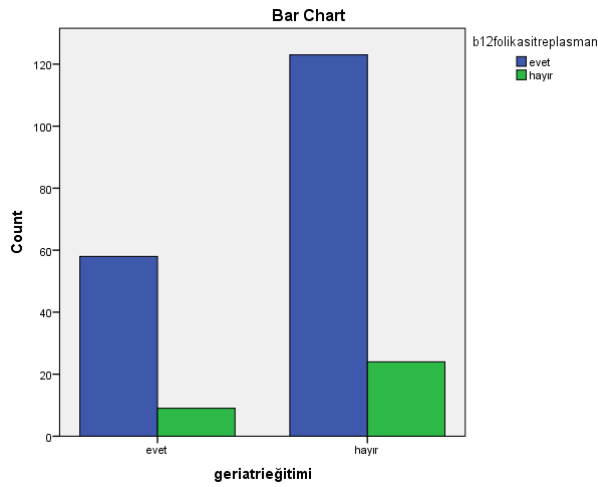
Veriler SPSS for Windows 18,0 programı kullanılarak analiz edildi. Sonuçlar ortalama± standart sapma ve yüzde olarak verilmiştir. İki grup arası karşılaştırmalarda, normal dağılıma sahip olan değişkenlerin karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılıma sahip olmayanlar için Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için grup karşılaştırmaları ki-kare testi ile analiz edildi. İki'den fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında normal dağılıma sahip değişkenler için ANOVA (Tek yönlü varyans analizi) ve Tukey çoklu karşılaştırma testleri, normal dağılıma sahip olmayanlarda ise Kruskal Wallis ve Dunn çoklu karşılaştırma testler kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi kullanılarak incelendi. İstatistiksel olarak anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza katılan 214 kişi, 24-65 yaş (medyan yaş 41) aralığında olup, kişiler 50 yaş altı ve üzeri olarak 2 gruba ayrılmıştır. < 50 yaş altı katılımcı sayısı 102'dir ve tüm hekimlerin %47,7'sini oluşturmaktadır. Katılan hekimlerin %69'u erkektir. Demografik özellikleri sorgulanan hekimlerin medeni durumları ise; 165'i evli, 42'si bekar, 7'si de duldur. Hekimlerden %70,5'inin çocuğu vardır. Beraberinde 65 ve üzeri yaşta birey ile birlikte yaşayan kişi sayısı 33'tür, tüm grubun %15,4'ünü oluşturmaktadır. Bu kişilerin %57,6'sı Geriatri bölümünün olduğu bir merkeze hasta yönlendirmektedir. Üniversite'de Geriatri eğitimi alanların oranı %31,3'tür ve bu grubun %62,6'sının < 50 yaş altı hekimlerden oluştuğu görülmüştür. Ayrıca bu grubun 50'si erkektir.

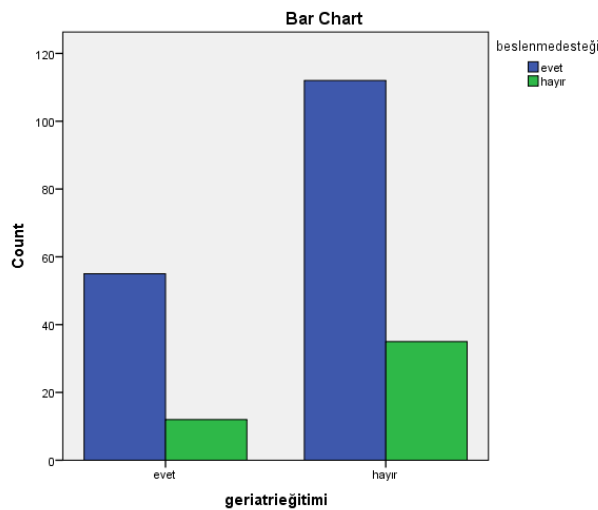
Çalışmamıza katılan, Gaziantep İl merkezindeki gönüllü 214 Aile Hekimi'nden 67'si, üniversite yıllarında geriatri eğitimi almıştır. Bu hekimlerin %80,6'si muayene odasının, tekerlekli sandalye, koltuk değneği vs. açısından hareket etmeye olanak sağlayıp sağlamadığına dikkat etmektedir. Geriatri eğitimi alanların %70,6'sı aşılamaya özen göstermektedir. Çalışmamıza katılan hekimlerden aşılama yapan %66,8'lik kısım erkektir. Erkekler kendi içerisinde ise %71,8 oranında aşılamaya özen göstermektedir. Çocuk sahibi olan hekimlerin ise %79,5'i aşılamaya dikkat etmektedir. Birlikte 65 ve üzeri yaş grubu ile yaşayan hekimlerden %66,7'si aşılama yapmaktadır. Aşılama yapanların %79,5'i 50 yaş ve üzerindedir. Geriatri eğitimi alan hekimlerin %86,6'sı B12, folik asit gibi vitamin desteği açısından hastalarını değerlendirmekte ve gerekli replasman tedavisini uygulamaktadır (Şekil-2: Geriatri Eğitiminin Vitamin Replasman Tedavisine Etkisi). Replasman tedavisinde kadın hekimlerin %92,3'ü tedaviye başlamaktadır. Çocuk sahibi olan hekimlerin ise %87,4'lük oranla replasman tedavisi yaptığı tespit edilmiştir. Birlikte 65 ve üzeri yaş grubu ile yaşayan hekimlerin ise %81,8 oranda replasman tedavisini yaptığı görülmüştür. B12 ve folik asit gibi vitamin düzeylerine bakarak gerekli replasman tedavisi veren hekimlerin %87,5'i 50 yaş ve üzerindedir.

Şekil-2: Geriatri Eğitiminin Vitamin Replasman Tedavisine Etkisi



Beslenme desteği açısından hastayı sorgulayan geriatri eğitimi alan kesim %82,1'dir (Şekil-3: Geriatri Eğitiminin Beslenme Desteği Üzerine Etkisi). Kadın hekimlerin %87,7'si, çocuğu olan hekimlerin ise %78,1'i, birlikte 65 ve üzeri yaş grubu kişi ile yaşayan hekimlerden %81,8'inin beslenme desteği amacıyla hastayı sorguladığı görülmüştür. Yine beslenme desteği açısından hastayı sorgulayan hekimlerin %82,4'ü 50 yaş altındadır.

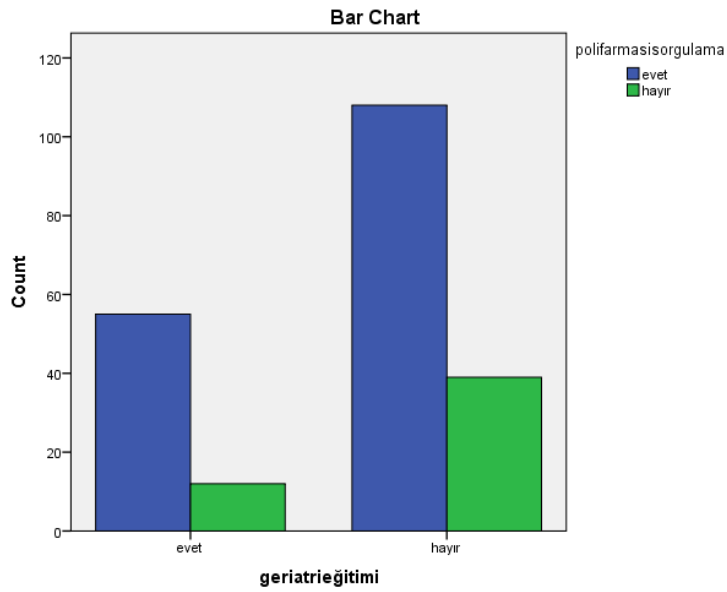
Şekil-3: Geriatri Eğitiminin Beslenme Desteği Üzerine Etkisi



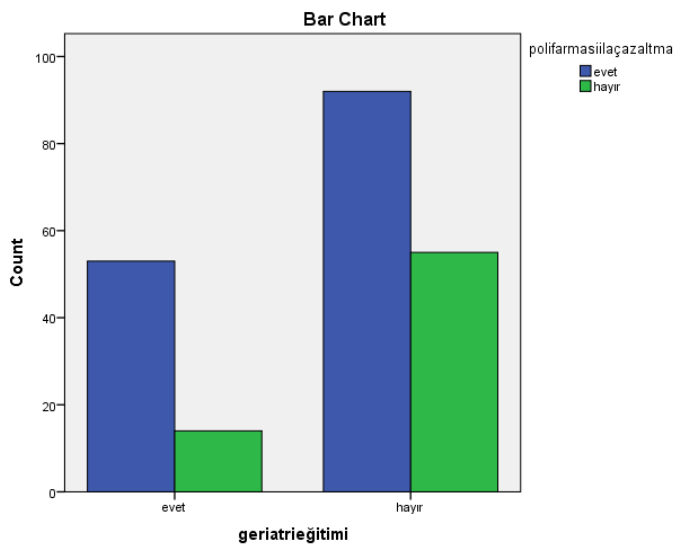
Geriatrik hastada primer koruma amaçlı çevrenin daha güvenilir hale getirilmesi konusuna dikkat eden geriatri eğitimi görmüş aile hekimi %64,2, çevreyi

güvenilir hale getirmeyi amaçlayan kadın hekim ise %67,7'dir. Beraberinde 65 ve üzeri yaş kesiminde kişi ile yaşayan hekimlerden %57,6'sı bu konuda dikkatli davranmaktadır. Çevre bilinci açısından özen gösteren hekimlerin %67,9'u 50 yaş ve üzerindedir. Kronik hastalıklar açısından tarama yaparak gerekli tedaviyi başlatan geriatri eğitimi almış grup %74,6'dır. Kronik hastalıklar açısından tarama yaparak tedavi başlayan kadın hekim %86,2'dir. 65 yaş ve üzeri kişi ile birlikte yaşamamasına rağmen tarama yapan hekimler ise %79,6'dır. Çocuğu olan hekimlerdeki oran ise %81,5'tir. Tarama yapan ve gerekli tedaviyi başlatan hekimlerin %79,5'i 50 yaş ve üzerindedir. Hasta yakınlarını bakım ihtiyacı açısından bilgilendirip gerekli yönlendirmeyi yapan geriatri eğitimi almış hekimler %80,6'dır. Bu noktaya dikkat edenlerin %80,5'i kadın, %82,1'i 50 yaş ve üzerindedir. Çocuğu olan hekimlerdeki oran ise %81,5, beraberinde 65 ve üzeri yaş grubu kişi ile yaşayan hekimlerdeki bakım ihtiyacı açısından yönlendirme %81,8'dir. Geriatrik hastanın olduğu kadar bakım veren kişinin de genel sağlık durumuna dikkat eden geriatri eğitimi almış kesit %74,6'dır. Ayrıca yine geriatrik bakım hastalarına bakım veren kişilerin sağlık durumuna dikkat eden kadın hekimler %78,5, 50 yaş ve üzeri hekimler %72,3'tür. %72,2'lik kesimin ise çocuğu mevcuttur. Beraberinde geriatrik hasta ile yaşamamasına rağmen bakım veren sağlığına daha dikkat eden kesim ise %71,8'dir. Polifarmasi sorgulayan geriatri eğitimi almış hekimler %82,1'dir (Şekil-4: Geriatri Eğitiminin Polifarmasi Sorgulama Üzerine Etkisi) ve geriatri eğitimi almış grubun %79,1'i polifarmasi açısından ilaç azaltmaktadır (Şekil-5: Geriatri Eğitiminin Polifarmasi İlaç Azaltma Üzerine Etkisi). Polifarmasi açısından sorgulama yapan kadın hekim %78,5 olmasına rağmen, polifarmasi nedeniyle ilaç azaltan erkek hekim %72,5'tir yani erkek hekimler polifarmasi açısından ilaç azaltmakta daha dikkatli davranmaktadır. Çocuğu olan hekimlerin %74,8'i polifarmasi açısından sorgulama yapmaktadır. Beraberinde geriatrik hasta ile yaşamayan hekimler, polifarmasi açısından beraber yaşayanlara oranla daha dikkatlidir (%77,3) ve polifarmasi açısından ilaç azaltma %68'dir. Polifarmasi sorgulayan hekimlerin %75,9'u, polifarmasi açısından ilaç azaltan hekimlerin ise %70,5'i 50 yaş ve üzerindedir.

Şekil-4: Geriatri Eğitiminin Polifarmasi Sorgulama Üzerine Etkisi



Şekil-5: Geriatri Eğitiminin Polifarmasi İlaç Azaltma Üzerine Etkisi



Alkol sigara kullanımını sorgulayan geriatri eğitimi almış hekimler %64,2, bu sorgulamayı yapan kadın hekimler %70,8, çocuğu olan hekimlerdeki oran ise %68,9'dur. Birlikte 65 ve üzeri yaş ile yaşamayan hekimlerin alkol ve sigara kullanımını daha fazla sorguladığı izlenmiştir (%68). 50 yaş ve üzerindeki hekimler

%75 bu sorgulamayı yapmaktadır. Geriatri bölümünün olduğu merkeze hasta yönlendirme geriatri eğitimi alan hekimlerde %53,7 olarak tespit edilmiştir. Kadın hekimler %41,6, erkek hekimler ise %46,2, çocuğu olan hekimler %46,4, birlikte 65 ve üzeri yaş grubu kişi ile yaşayan hekimler %57,6 oranında Geriatri bölümünün bulunduğu merkeze hasta yönlendirmektedir. 50 yaş ve üzerindeki hekimlerde ise bu oran %51,8'dir. Geriatrik hastadan anamnez almanın zor olduğunu düşünen geriatri eğitimi almış grup ise %80,6'dır. Kadın hekimler 65 ve üzeri yaş grubunda anamnez almanın daha zor olduğunu düşünmektedir (78,5). Anamnez almanın zor olduğunu düşünen %79,4'lük kesimin çocuğu yoktur. Birlikte 65 ve üzeri yaş grubu ile yaşamayan hekimler de %77,3'lük oranla anamnez almanın zor olduğunu düşünmektedir. Yine anamnez almanın zor olduğunu %79,4 oranla 50 yaş ve altı hekimler düşünmektedir. Genel olarak yaşlı hastalarda tedavinin yaşam kalitesi ve süresini artırdığını ve olumlu olduğunu düşünen geriatri eğitimi almış %92,5 hekim bulunmaktadır. Bu olumlu düşüncüyü %94 oranla erkek hekimler, %92,7 ile çocuğu olan hekimler, %84,8 oranla birlikte 65 ve üzeri yaş grubu kişi ile yaşayan hekimler, %79,4 ile 50 yaş ve üzerindeki hekimler desteklemektedir.

50 yaş altı hekimlerin %62,6'sının geriatri eğitimini aldığı görülmüştür. Geriatri eğitiminin klinik uygulamaya yansması Tablo 8'de görülmektedir.

Tablo 8: Geriatri eğitiminin klinik uygulamaya yansması

Aile Hekimlerinde Geriatri Eğitimi	Alan Yüzde (%)	Almayan Yüzde (%)	p değeri
Polifarmasi sorgulama	82,1	73,5	0,114
Polifarmasi nedeni ile ilaç azaltma	79,1	62,6	0,011*
Geriatri bulunan merkeze yönlendirme	53,7	38,1	0,023*

*P < 0,05

Medeni durumun, aşılama ve geriatri bölümünün olduğu bir merkeze hasta yönlendirme oranları Tablo 9’da gösterilmiştir (Tablo 9: Medeni durumun aşılama ve Geriatri bölümüne hasta yönlendirme üzerine etkileri).

Tablo 9: Medeni durumun aşılama ve Geriatri bölümüne hasta yönlendirme üzerine etkileri

Medeni Durum	Değerlendirme Kriterleri	Yüzde (%)
Evli	-Aşılama	78,2
	-Geriatri bölümüne hasta yönlendirme	44,8
Bekar	-Aşılama	61,9
	-Geriatri bölümüne hasta yönlendirme	33,3
Dul	-Aşılama	57,1
	-Geriatri bölümüne hasta yönlendirme	56,9

Gaziantep ilinde bulunan Aile hekimleri geriatrik hastanın bakım ihtiyacına yönelik yönlendirmesi, tablo 10 da bakım ihtiyacı olan hastanın yönlendirilme yüzdeleri ile gösterilerek verilmiştir.

Tablo 10: Bakım İhtiyacı Olan Hastanın Yönlendirilmesi

Yönlendirilen Yer	Yüzde (%)
Evde Bakım Hizmetlerine Yönlendirme	44,9
2. Basamak Sağlık Kurumuna Yönlendirme	16,4
Geriatri Bölümüne Yönlendirme	6,5
Hiç Biri	4,7
Diğer (Huzur Evi, Vs.)	27,5

5. TARTIŞMA

Günümüzde, teknolojinin de gelişmesi ile birlikte yaşam beklentisi giderek artmakta ve yaşanabilecek sağlıklı yılların süresinin ve kalitesinin nasıl artırılacağı önemli bir konu haline gelmektedir. Bu da 'kaliteli yaşlanma' yı gündeme getirmektedir. 65 yaş üzeri hastaların tanısı, tedavisi, kişilerin sağlığının korunması, toplumdan soyutlanmadan yaşamlarını sürdürmeleri, koruyucu hekimlik uygulamalarının ve çok yönlü değerlendirmenin multidisipliner bir şekilde gerçekleştirilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerimizin eğitimi çok önemlidir. Çalışmamızın amaçlarından biri de aile hekimlerinin aldığı Geriatri eğitiminin önemini vurgulamak istememizdir.

65 Ve üzeri yaş grubu nüfus, gelişmiş ülkelerde %12-18, gelişmekte olan ülkelerde ise %4-8 aralığında yer almaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça, ortalama yaşama süresinde de artış izlenmiştir. Dünya nüfusunun, 65 ve üzeri yaş aralığına kaymasıyla geriatri ve gerontoloji bilim dallarında son yıllarda önemli gelişmeler olmuştur. Yaşlı kişiler, hastane hizmetlerden ve hospitalizasyondan %36, toplam sağlık harcamalarından ise %50 ye ulaşan harcamalar kullanmaktadır (86). Bu durum Geriatri bölümünün gün geçtikçe değerinin artmasına neden olmaktadır. Geriatri eğitiminin mezuniyet öncesi ve sonrası artışı, geriatri bölüm sayısının artışı, akademik yetişmiş personel sayısının artması, uzamış olan yaşam süresinin daha kaliteli olarak geçirilmesini sağlayacaktır. Değişen nüfus yapısı nedeni ile mezuniyet sonrası hekimin branşı ne olursa olsun daha fazla oranda yaşlı hasta ile karşılaşacaktır. Mezuniyet öncesi dönemde hekimlere, geriatrik hastada koruyucu hekimlik uygulamaları, bakım hizmetleri, tedavinin bir bütün olduğu ve kapsamlı geriatrik değerlendirilmenin nasıl yapılacağı eğitimi verilmelidir (95). Böylece yaşlı hasta fobisi yenilerek, bu yaş grubundaki hastaların tanı ve tedavisindeki ön yargı yenilmiş ayrıca uygulamalardaki zorluklar da ortadan kalkarak hekim tarafından bilinçli uygulama, hasta tarafından ise sağlıklı yaşlanma sağlanmış olacaktır (86).

Aşılama, 65 ve üzeri yaş grubunun enfeksiyonlardan korunmasında çok önemlidir (83). Bu yaş grubunun aşı yanıtı, çocuk ve genç erişkin kişilere göre daha zayıftır ayrıca zaman içinde de azalmaktadır. Bu sebeple geriatrik gruptaki aşılanmanın amacı, çocukluk dönemi aşılamalarından farklı olarak hastalığı önlemekten çok hafif geçirilmesini sağlamaktadır. Aynı zamanda, çocukların aşılanması ortamdaki mikroorganizma sayısını azaltacağından, 65 ve üzeri yaş grubunu da enfeksiyondan koruyacaktır. Bu nedenle pnömokok ve influenza aşıları tüm riskli bireylere yaş sınırı bakılmaksızın önerilmektedir. Pnömomokok aşısı, geriatrik hastada invazif pnömokok hastalıklarından %54-76 oranında koruyuculuk sağlamaktadır (84). İnfluenza enfeksiyonu ise geriatrik grupta daha ağır seyretmektedir. İnfluenza aşısı, influenzaya bağlı mortaliteyi %39-69, hospitalizasyon ihtiyacını %20-50 azalttığı tespit edilmiştir (85). Yaptığımız çalışmada çocuğu olan aile hekimlerinin aşılama konusunda daha dikkatli davrandığını gördük.

Greengross ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre İngiltere dışındaki diğer ülkelerde iyi yetişmiş geriatristler yerine iyi yetişmiş pediatristlerin bulunmasının, yaşlanmakta olan nüfusa karşı hazırlıksızlığın ciddi bir göstergesi olduğunu vurgulamaktadır; ayrıca koruyucu hekimlik hizmetlerinin önemi belirterek Geriatri eğitiminin önemini vurgulamıştır (87).

Yuste Vakfı Avrupa Akademisi Çalışma Grubu Avrupa'da geriatrist eğitiminin önemi ve bu konuda duyulan ihtiyaç ile ilgili bir bildiri yayınlamıştır. Bu bildirmede yaşlı nüfus ile ilgili projelere kaynak üretme gayreti kadar Avrupa'da geriatrist eğitimi konusunda yaşanan gelişmelere değinilmesini ve bu gelişmelerin klinik uygulamalara geçmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur (88).

Luchi ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmalar sonucu, Geriatri dalında uzmanlık almış çalışanlara, hem hastaların kendilerinin ve yakınlarının isteği ile, hem de diğer doktorlar tarafından yönlendirilmelerinin en önemli sebebinin geriatrist uzmanlarının hastaların bakımının düzenlenmesinde almış oldukları eğitimi en iyi şekilde kullanmalarına bağlamaktadır (90).

Tıp, hemşirelik, diyetisyen ve fizyoterapi öğrencilerine uygulanan geriatrist eğitiminin yaşlı insanlar üzerindeki tutumunda olumlu etkisi görülmüştür (96-99-100-101-102-103).

Ahmed ve arkadaşları yeni akademik geriatrist ve palyatif bakım tıp müfredatı içeriğinin uygulanmasından sonra iç hastalıkları uzmanlarının bilgi ve tutumlarındaki

önemli gelişmeyi çalışmalarında göstermiştir. Beklenildiği gibi yaşlı insanlara karşı tutumlarda, tıp fakültesi eğitimi sırasında geriatri kursu alanlara kıyasla, ihtisas eğitimi sırasında geriatri rotasyonu yapanların daha güçlü etkisi olduğu bulunmuştur. Yaşlı hastalarla yakın temas ve geriatri birimlerinde kapsamlı geriatrik değerlendirilmenin yaygın olması sebep olarak gösterilmiştir (104).

Seferoğlu ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada yaşlı hastalara karşı tutumu geliştirmenin bir önemli noktası da eğitim olarak gösterilmiştir. Çalışmada katılımcıların %27'si tıp eğitimi sırasında geriatri kursu geçmişi olanlardır. Ve bu katılımcılar yüksek oranda yaşlı erişkinlere karşı pozitif tutuma sahipken (105), yaşlanma hakkında Çin 'de yapılan bir çalışmada ise yaşlılara karşı pratisyenlerin negatif tutumunun altında bilgi seviyesinin düşüklüğünün yattığı gösterilmiştir (106). Yine birkaç çalışma da, tıp eğitimi sırasında geriatrik eğitim alanların yaşlı erişkinlere karşı tutumda olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (96-99-107).

Yine Seferoğlu ve arkadaşlarının 2014 yılındaki çalışmasında geriatri kursunun, nöroloji uzmanlarının yaşlı erişkinlere karşı tutumuna pozitif katkı sağladığını önermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde geriatri kursunun, tıp fakültelerinde genellikle yaygın olmadığını; örneğin Türkiye'de 81 ilin sadece 8'inde Geriatri Bölümü'nün bulunduğunu; ayrıca Türkiye'de nöroloji ihtisası sırasında geriatri rotasyonunun da olmadığını belirtmişlerdir. Yaşlı erişkin hastalara karşı nöroloji uzmanlarının tutumunda, eğitim gelişmelerinin etkisini incelemenin mantıklı olabileceği üzerinde durmuşlardır. Geriatriistler ile nörologlar arasındaki iş birliğinin, bu yaşlı hastaları daha iyi takip edebilmeleri için birçok potansiyel yarar oluşturabileceği ve bu iş birliği ile geriatrik vaka yönetimlerinin geliştirilmesine katkı sağlayacağını belirtmişlerdir. Nörologlar ve geriatriistler arasındaki bilgi ve deneyim paylaşımları ve vaka tartışma toplantıları yaşlı hasta yönetiminde gelişmeye önemli bir yol gösterici bulunmuştur. Ancak Türkiye'de geriatri bölümlerinin yaygın olmaması bu tür iş birliklerinin uygulamasına engel olarak gösterilmiştir(105).

Çalışmamıza göre ise geriatri eğitimi almış olmanın yaşlı hastalar üzerinde pozitif tutum oluşturduğu görülmüştür. Yine geriatri eğitiminin, polifarmasinin sorgulanması ve özellikle ilaç azaltmada etkili olduğu, ayrıca bu eğitimi alanların Geriatrik sendromları sorgulamada ve Geriatri bölümünün olduğu bir merkeze hasta yönlendirmede daha duyarlı olduğu bulunmuştur.

Geriatrik hastanın sahip olduğu kronik hastalıkların çoğunun tedavisi imkânsız olduğu için, geriatrik gruptaki tedavi hedefleri kür amacından çok fonksiyon kaybının en aza indirilmesi ve yaşam kalitesinin mümkün mertebe korunmasına yönelik olmalıdır. Yaşlanmanın getirdiği fizyolojik durumlar ile patolojik durumların birbirinden ayrılması; bu sebeple de bu yaş grubunun oluşturulacak interdisipliner ve multidisipliner ekipler tarafından kapsamlı olarak yapılması gerekmektedir (89). “Çok yönlü geriatrik değerlendirme” kişinin fiziksel, bilişsel, fonksiyonel ve sosyal olarak her açıdan incelenmesi ve elde edilen veriler ışığında gelecek planlamasının yapılması demektir. Bu değerlendirme uzun süreçli, dikkat, özen ve bilgi birikimi gerektiren yorucu bir süreçtir. Sağlıklı bir yaşam oluşturulması, hareket ve denge sorunlarının önlenmesi, toplumda sık görülen hastalıkların erken teşhisi ve ilaçla önlenmesi ayrıca çoklu ilaç tedavilerinden elden geldiği ölçüde kaçınılması gibi birçok müdahale ile hastalıklar azaltılıp, geriatrik yaş grubunun yaşam kaliteleri artırılabilir. (91). Beers ve arkadaşlarına göre, ÇYGD'nin amaçları, yaşlı hastada koruyucu hekimlik uygulamaları ve henüz bulgu vermeden bazı hastalıkların erken tanısını sağlamak böylece kişinin sağlığını korumak; geriatrik hastanın fonksiyonel kapasitesini ve yaşam kalitesini mümkün derece artırmak; tıbbi bakımı en iyi duruma getirmek; kesin tanıyı koymak; hipertansiyon, DM, hiperlipidemi, endokrin hastalıklar gibi geriatrik kesimde sık görülen kronik hastalıkların yanında hareketsizlik, depresyon, demans, deliryum, düşme, bası yarası, osteoporoz, çoklu ilaç kullanımı, görme ve işitmede azalma, beslenme bozukluğu, sarkopeni gibi “geriatrik sendromlar” ı taramak; tedavi etmek ve takiplerini planlamak; optimum sosyal ve çevresel desteği de sağlamak böylece hastanın uygun bakımını yapmak; bakım maliyetini iyileştirmek; gereksiz hospitalizasyon ve tetkik istenmesinin önüne geçmek; uzun süreçte ev veya toplum masraflarını en aza indirmek olarak sıralanabilir (92). Ayrıca kırılğan yaşlı grubu belirlenilerek tedavi ve bakım planlaması ile; düşme, fonksiyonel bağımlılık, hastaneye yatış ve ölüm riski azaltılması amaçlanmaktadır.

Stuck ve ark. yaptıkları çalışma sonucunda ÇYGD ile hospitalizasyon ve ölüm oranında azalma, günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümantal günlük yaşam aktivitelerinde düzelme, kaza oranlarında azalma, hastane ve bakımevlerine müracaatta azalma, hayat kalitesinde artış ve ortalama yaşam süresinde uzama sağlandığını ortaya koymuştur (93-94-95).

Çalışmamıza göre Aile hekimleri pek çok konuda (aşılama, kronik hastalık taraması, vitamin eksiklikleri ve replasman tedavisi, günlük yaşam aktivitelesi sorgulama, bakım ihtiyacı, bakım veren sağlığı, polifarmasi...) kapsamlı geriatrik değerlendirme yapmaktadır. Mevcut durumlarda hekimin Geriatri eğitimi almış olmasının önemi büyüktür.

Usta ve arkadaşlarının 2012 yılındaki çalışması ile hemşirelik öğrencisi ve akut bakım hemşirelerinde yaşlı akrabalar ile birlikte yaşamın yaşlı insanlara karşı pozitif tutumla ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Buna rağmen Şahin ve arkadaşlarının 2012 yılındaki çalışmasında yaşlı akrabalarla birlikte yaşamak ya da sahip olmanın tutuma karşı hiç etkisinin olmadığı gözlenmiştir. Özellikle katılımcılarda %90 'dan fazlasının yaşlı akrabaları olduğu, %10 'dan daha az kısmının birlikte yaşadığı yaşlı akraba olduğu tespit edilmiştir. Yaşlı akrabalarla birlikte yaşamın etkisinin prospektif çalışmalarla inceleme ihtiyacı olmuştur (96-97). Bizim çalışmamızda ise beraberinde 65 ve üzeri yaşta birey ile birlikte yaşayan kişilerin Geriatri bölümünün olduğu bir merkeze daha fazla hasta yönlendirdiğini tespit ettik. Ayrıca, vitamin replasman tedavisi, beslenme desteği amacıyla hastayı sorgulama, bakım ihtiyacı açısından hasta yönlendirme, polifarmasi açısından hastayı sorgulama, polifarmasi açısından ilaç azaltma konularında daha duyarlı olduğunu gördük. Genel olarak birlikte 65 ve üzeri yaş grubu kişi ile yaşayan hekimler, yaşlı hastalarda tedavinin yaşam kalitesi ve süresini artırdığını ve olumlu olduğunu düşünmekteydi. Buna rağmen 65 yaş ve üzeri kişi ile birlikte yaşamamasına rağmen, kronik hastalık taraması yaparak gerekli tedaviyi başlatan ve bakım veren sağlığına dikkat eden duyarlı kesimin de olduğunu saptadık.

Leung ve arkadaşları ise 2011'de hastane doktorlarının yaşlı insanlara karşı tutumlarında bazı faktörlerin bu tutumu etkilediğini tespit etmiştir. Bu faktörler 30 yaşından daha büyük, kadın cinsiyet, daha kıdemli (mezuniyetinden 10 ve daha fazla yıl geçenlerin), yaşlı bakımında çalışma deneyim öyküsü olanların, yaşlı bakımı ile ilgisi olanların ve daha sıklıkla sağlıklı yaşlı insanlarla sosyal ilişkiler kuranların pozitif faktör olduğunu rapor etmiştir. Buna rağmen bu çalışmadaki bütün bu faktörlerin yaş, cinsiyet, huzurevi ziyaretleri, ihtisas süresinin hekim tutumlarına etkilerinin görülmediğini çalışmaları ile görmüşlerdir (98). Bizim çalışmamızda ise 50 yaş üzeri hekimler Geriatri bölümünün olduğu bir merkeze daha fazla hasta yönlendirmekte, aşılama daha duyarlı olmakta, alkol sigara kullanımını daha fazla sorgulanmakta, geriatrik hasta grubuna tedavi uygulamanın yaşam kalitesini ve

süresini artırmakta olduğunu düşünmektedir. 50 yaş altı hekimler ise beslenme desteğine daha fazla önem vermekteydi. Koruyucu hekimlik uygulamalarının birçoğunda (aşılama, beslenme desteği, kronik hastalık sorgulama, bakım veren sağlığı) kadın hekimler erkek hekimlere oranla daha duyarlı ve istekli bulunmuştur. Dul olan hekimlerin Geriatri bölümünün olduğu bir merkeze en fazla yönlendirme yaptığı görülmüştür. Çocuğu olan ve evli hekimlerin aşılamada daha duyarlı olduğu görülmüştür.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlılık dönemi, birçok sağlık sorununun bir arada bulunduğu kaçınılmaz bir süreçtir. Bu dönemin herhangi bir zaman aralığında, sağlıkla ilgilenen kişiler mutlaka yaşlı hastayla karşılaşacaktır. Bu sebeple geriatrik hastanın değerlendirilmesindeki farklılıkların bilinmesi önem taşımaktadır. Bu noktada geriatri eğitiminin önemi tartışmasıdır. Geriatrik kapsamlı yaklaşım ile kişiye kaliteli yaşlanma imkanı sunulurken; enfeksiyon, düşme, kronik hastalık morbidite ve mortaliteleri, hospitalizasyon ihtiyacı azalacak bunun sonucunda ülkemiz adına yaşlı sağlığı için yapılan harcamalar küçülecektir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği 'Sağlıklı Yaşlanma' hedefinin, Türkiye için de gerçekleşebilmesi yaşlı sağlığına birinci basamak sağlık hizmetinde gereken önemin verilmesi ve bu konudaki çalışmaların artırılarak devam ettirilmesi ile mümkün olabilecektir.

7. KAYNAKLAR

1. Güler Ç. Yaşlılıkta Tanımlar Ve Yaşlılık Üzerine Söylenenler. Türk Geriatri Dergisi Geriatri. 1998;1(2):105.
2. Volkerta D. Espen guidelines on enteral nutrition: geriatrics Clin Nutr. 2006;25(2):330-360.
3. İsmail Toprak, Tahir Soydal, Ercan Bal. Yaşlı Sağlığı. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2002:35-40.
4. Duyar İ. Yaşlanma, yaşlılık ve antropoloji: Mas R, Işık AT, Karan MA, Beğler T, Akman Ş, Ünal T. Geriatri. Ankara: TGV; 2008: 919-924.
5. Arpacı F. Farklı boyutlarıyla Yaşlılık. TÜED. 2008:15-24.
6. Oğuz, M. T. Yaşlılarda Görülen Biyolojik ve Sosyal değişimler, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.(2007):6.
7. WHO (1972) Psychogeriatric, report of a WHO Scientific Group, Technical Reports Series 507, Geneva. Cited in Davise AM. Epidemiology 185; 14(1):9-21.
8. WHO (1984) The uses of epidemiology in the study of the elderly. WHO, Technical Reports Series 706, Geneva:8-9.
9. Rose MR, Mueller LD. Evolution of human lifespan: past future and present. Am J Hum Biol 1998; 10:409-420.

10. Kaplan HS, Robson AJ. The emergence of humans: the coevolution of intelligence and longevity with intergenerational transfers. Proc Natl Acad Sci USA. 2002; 99: 10221-10226.
11. Hawkes K, O'Connell JF, Jones NG, Alvarez H, Charnov EL: Grandmothering, menopause, and the evolution of human life histories. Proc Natl Acad Sci USA 1998; 95: 1336-1339.
12. Duyar İ. İnsanda Yaşlılığın Evrimi. Türk Geriatri Dergisi 2005; 8: 209-214.
13. Bilir N, Paksoy N. Değişen dünyada ve Türkiye'de yaşlılık kavramı. In: Kutsal YG (ed). Temel Geriatri. 1. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. 3-9.
14. WHO. Active Ageing: A Policy Frame Work 2002.
15. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population DivisionWorld. Population Ageing 2009. United Nations, NewYork 2009.
16. Kinsella K, Wan H. U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, An Aging World: 2008, U.S. Government Printing Office, Washington DC 2009.
17. Yaman H, Akdeniz M, Howe J. GeroFam kavramı: Önümüzdeki demografik değişime yönelik bir çözüm önerisi. GeroFam 2010; 1(1): 1-14.
18. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population DivisionWorld. Population Ageing 2009. United Nations, NewYork 2009.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Publichealth and aging: trends in aging-United States and worldwide. MMWR 2003; 52(06): 101-6.
20. Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Yıl Ortası Nüfus Projeksiyonları Erişim: http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11 Erişim tarihi: 24.05.2011.

21. Türk istatistik kurumu 2012 verileri. Erişim tarihi: 15.06.2013
http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=37.
22. Brooks SV, Faulkner JA. Skeletal muscle weakness in old age: underlying mechanisms. *Med Sci Sports Exerc* 1993;26:432-9.
23. Boss GR, Seegmiller JE. Age-related physiological changes and their clinical significance. *West J Med* 1981;135:434-40.
24. Nagappan R, Parkin G. Geriatric critical care. *Crit Care Clin* 2003;19:253-70.
25. Active Aging A Policy Framework. <http://whqlibdoc.who.int/hq/> (2002).
26. TÜİK (2014). İstatistiklerle yaşlılar dönemi. [http://www.tuik.gov.tr/\(15.12.2015\)](http://www.tuik.gov.tr/(15.12.2015)).
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. 2015; Chapter 3.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. 2015; p. :23 – 26.
29. SPALDING, M.C., SEBESTA, S.C. Geriatric screening and preventive care. *Am Fam Physician* 2008;78:206-215.
30. KUTSAL, Y. G. Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. *Geriatrici. Türk Tabipler Birliği Yayınları*. 2007;p.: 13-19.
31. UZUNER, A. Yaşlılarda Koruyucu Sağlık Hizmeti. Aile Hekimleri için Yaşlı sağlığına Bütüncül Yaklaşım. İSTANBUL:Deomed yayıncılık. 2011;Bölüm 2.1
32. ÇİFTÇİLİ, S., YEĞEN, B.Ç. Aile Hekimleri için Yaşlı sağlığına Bütüncül Yaklaşım. İSTANBUL:Deomed yayıncılık. 2011;Bölüm 1.1.

33. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. Evans P Editor. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, WONCA Avrupa 2005 Basımı Türkçe Çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları Nisan 2011; 13.
34. Miller KE, Zylstra RG, Standridge JB. The Geriatric Patient: A Systematic Approach to Maintaining Health. Am Fam Physician 2000; 61: 1089-104.
35. Spalding MC, Sebesta SC. Geriatric Screening and Preventive Care. Am Fam Physician 2008; 78(2): 206-15.
36. Şenol Y, Akdeniz M. Yaşlılık ve koruyucu tıp. GeroFam 2010; 1(1): 49-68.
37. Allen J, Gay B. "A Definition of the Key Features of the Discipline of General Practice and the role of the General Practitioner". Draft Document Barcelona, European Society of General Practice/Family Medicine-WONCA Europe 2001.
38. Piccoliori G, Gerolimon E, Abholz HH. Geriatric assessment in general practice using a screening instrument: is it worth the effort? Results of a South Tyrol Study. Age and Ageing 2008; 37: 647-52.
39. Centers for Disease Control and Prevention. Recommended adult immunization Schedule-United States, 2012. MMWR 2012; 61(4).
40. YERTUTAN CAile ve Toplum Yıl: 1 Cilt: 1 Sayı: 2 Haziran 1991 ISSN: 1303-0256
41. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Önemli Bir Kavram: Yaşam Kalitesi. Üçüncü Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi; İzmir 25-27 Mart 2010; 102.
42. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. Br Med Bull 2008; 85: 113-26

43. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye Yaşlıları'nda Yaşam Kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2006; 28(2): 81-9.
44. Devons CA. Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2002; 5(1): 19.
45. Karsh, O. Yaşlılık ve Türkiye'de Yaşlılık Sorunları. T.C. S.S.Y.B. Hıfzıssıhha Okulu Sosyal HizmetlerBölümü Ankara: 1982.
46. Velicangil. S.,Hekimler, Sanayi (İş) Hekimleri, Dişhekimleri Eczacılar ve Sağlık Çevre Mühendisleri İçin Koruyucu ve Sosyal Tıp. Filiz Kitabevi. 1980.
47. Wulff HR, Gotzche PC. Rational diagnosis and treatment: evidence- based. Madlen: Blackwell Science, 1999:39-92 (Rikkert O, Rigoud AS, Hoeyweghen RJ, Graaf J. Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics? J Med 2003; 61:83-87'den alınmıştır.)
48. Durham RH, eds. Encyclopedia of Medical Syndrome. New York: Harper and Brothers 1960. (Flacker JM. What is A Geriatric Syndrome Anyway J Am Geriatr Soc 2003; 51:574-576'dan alınmıştır).
49. Stedman's Medical Dictionary. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2006 (Inouye SK, Studenski S, Tinetti M, and Kuchel GA. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. JAGS 2007; 55:780-791'den alınmıştır).
50. Flacker JM. What is A Geriatric Syndrome Anyway? JAGS 2003; 51:574-576.
51. ŞAHİN S Klinik Gelişim cilt:25.sayı:3.2012
52. WHO, The World Health Report: 2003 - Shaping the future. World Health Organization, Geneva 2003, p3-40.

53. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Genel Nüfus Sayımı, 2000; Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri, DİE Matbaası, Yayın No: 2759, Ankara, Mart 2003.
54. Bilir N, Paksoy NS. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları, içinde Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayını, 2006; s1019-1044.
55. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Ölüm İstatistikleri, İl Ve İlçe Merkezlerinde 2000. DİE Matbaası, Yayın No:2673, Ankara, Nisan 2003.
56. TC Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkinlik Araştırması, Hastalık Yükü Final Raporu, Ankara, 2005.
57. BİLİR N Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları TOPLUM HEKİMLİĞİ BÜLTENİ • Cilt 25, Sayı 3, Eylül 2006
58. Diabetes, action now: an initiative of the World Health Organization and the International Diabetes Federation. World Health Organization, Switzerland, 2004.
59. Bilir N, Kronik hastalıklar epidemiyolojisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını No.86/35 Kısa Dizi No. 3, Ankara 1986.
60. Morley JE. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. Am J Clin Nutr 1997; 66: 760-773
61. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, et al. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition 1999; 15: 116-122.

62. James WP, Francois PJ. The choice of cut-off point for distinguishing normal body weights from underweight or 'chronic energy deficiency' in adults. *Eur J Clin Nutr* 1994; 48: 179-184
63. Folstein M, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-198.
64. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Büla CJ, Gold MN, et al. A trial of annual in home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995;333:1184-9.
65. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.
66. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
67. Scanlan BC. The value of comprehensive geriatric assessment. *Care Manag J* 2005;6:2-8.
68. Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: review of frailty and comprehensive geriatric assessment. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:890-7.
69. Osterweil D. Comprehensive geriatric assessment: lessons in progress. *Isr Med Assoc J* 2003;5:371-4.
70. Azad N, Tierney M, Victor G, et al. Adverse drug events in the elderly population admitted to a tertiary care hospital. *J Healthc Manag.* 2002; 47: 295-306.

71. Hanlon JT, Linblad CI, Hajjar ER, et al. Update on drug-related problems in the elderly. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2003;1:38- 43.
72. Wyles H, Rehman HU. Inappropriate polypharmacy in the elderly. *Eur J Intern Med*. 2005; 16: 311-313.
73. Veehof L, Stewart R, Haaijer-Ruskamp F, et al. The development of polypharmacy. A longitudinal study. *Fam Pract*. 2000; 17: 261-267.
74. Bjerrum L, Sogaard J, Hallas J, et al. Polypharmacy: correlations with sex, age and drug regimen. A prescription database study. *Eur J Clin Pharmacol*. 1998; 54: 197-202.
75. Medicines and older people: implementing medicines-related aspects of the NSF for older people. <http://www.gov.uk/nsf/olderpeople/htm>
76. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, et al. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol*. 2002; 55: 809-817.
77. Boyd CM, Darer J, Boult C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005; 294(6): 716- 724.
78. Green JL, Hawley JN, Rask KJ. Is the number of prescribing physicians an independent risk factor for adverse drug events in an elderly outpatient population? *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007; 5: 31–39.
79. Lindley CM, Tully MP, Paramsothy V, et al. Inappropriate medication is a major cause of adverse drug reactions in elderly patients. *Age Ageing*. 1992; 21: 294-300.

80. Rochon PA. Drug prescribing for older adults. Section Editor: Schmader KE, Deputy Editor: Sokol HN. UpToDate. Last updated June 2011.
81. Akıcı A. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda yaşlılarda reçete yazma ve Türkiye’de yaşlılarda ilaç kullanımının boyutları (Prescribing in elderly according to the principles of rational drug use and the dimentions of drug utilization in elderly in Turkey). Turk J Geriatr 2006; Özel Sayı: 19-27.
82. YEŞİL Y, CANKURTARAN M, KUYUMCU M E Klinik gelişim CİLT 25 • SAYI 3 • 2012 polifarmasi
83. Maggi S. Vaccination and healthy aging. Expert Rev Vaccines. 2010;9(3 Suppl):3-6.
84. Lynch JP, Zhanel GG. Streptococcus pneumoniae: epidemiology and risk factors, evolution of antimicrobial resistance, and impact of vaccines. Curr Opin Pulm Med. 2010;16(3):217-25.
85. Michel JP. Updated vaccine guidelines for aging and aged citizens of Europe. Expert Rev Vaccines. 2010;9(3 Suppl):7-10.
86. WHO/OMS: The world health report 1998. An aging world. A. Population aged 65 and above, 1997. İnternet adresi: www.who.org/whr/1998/age-97-e.gif. Erişim tarihi: 16.12 1999.
87. Greengross S, Murphy E, Quam L, Rochon P, Smith R: Aging: a subject that must be at the top of World agendas. Editorials. BMJ 1997; 315:1029-1030. 11.12.1999'da www.bmj.com'dan ulaşıldı
88. Conclusions of the European Academy of Yuste Foundation working party on the need for education in Geriatrics in Europe. 8-9th of June 1998. İnternet adresi: www.yuste.org/edugeri.html. Erişim tarihi: 14.12.1999

89. Ettinger WH, Hazzard WR: Geriatric Medicine. We are what we do. Journal of American Geriatrics Society 1994; 42:453-454.
90. Luchi RJ: The state of geriatrics training programmes: Findings from the national study of internal medicine manpower (NASIMM) by Edwards F. Lawlor Christopher S. Lyttle, and Elisse Moldwin. Journal Of American Geriatrics Society 1997; 45.1153-1159.
91. Türkiye Klinikleri J Intern Med 2016;1(1):17-23
92. Beers MH, Berkow R. Comprehensive geriatric assessment. The Merck Manual of Geriatrics.3rd ed. Whitehouse Station: MerckResearch Laboratories 2000. p.40-6.
93. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Büla CJ, Gold MN, et al. A trial of annual inhomecomprehensive geriatric assessmentsfor elderly people living in the community. NEngl J Med 1995;333(18):1184-9.
94. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment:a meta-analysis of controlled trials.Lancet 1993;342(8878):1032-6.
95. Wieland D, Ferrucci L. Multidimensional geriatricassessment: back to the future. J GerontolA Biol Sci Med Sci 2008;63(3):272-4.
96. Usta, Y. Y., Demir, Y., Yonder, M., & Yildiz, A. (2012). Nursing students' attitudes toward ageism in Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics, 54, 90–93.
97. Sahin, S., Mandiracioglu, A., Tekin, N., Senuzun, F., & Akcicek, F. Attitudes toward the elderly among the health care providers: reliability and validity of Turkish version of the UCLA Geriatrics Attitudes (UCLA-GA) scale. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2012;55, 205–209.

98. Leung, S., Logiudice, D., Schwarz, J., & Brand, C. Hospital doctors' attitudes towards older people. *Internal Medicine Journal*, 2011;41, 308–314
99. Cankurtaran, M., Halil, M., Ulger, Z., Dagli, N., Yavuz, B. B., Karaca, B., et al. Influence of medical education on students' attitudes towards the elderly. *Journal of the National Medical Association*, 2006;98, 1518–1522
100. Chua, M. P., Tan, C. H., Merchant, R., & Soiza, R. L. Attitudes of first-year medical students in Singapore towards older people and willingness to consider a career in geriatric medicine. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 2008;37, 947–951.
101. Hobbs, C., Dean, C. M., Higgs, J., & Adamson, B. Physiotherapy students' attitudes towards and knowledge of older people. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 2006;52, 115–119.
102. Kaempfer, D., Wellman, N. S., & Himburg, S. P. Dietetics students' low knowledge, attitudes, and work preferences toward older adults indicate need for improved education about aging. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002;102, 197–202.
103. Reuben, D. B., Fullerton, J. T., Tschann, J. M., & Croughan-Minihane, M. Attitudes of beginning medical students toward older persons: A five-campus study. The University of California Academic Geriatric Resource Program Student Survey Research Group. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1995;43, 1430–1436.
104. Ahmed, N. N., Farnie, M., & Dyer, C. B. The effect of geriatric and palliative medicine education on the knowledge and attitudes of internal medicine residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2011;59, 143–147.
105. Seferoğlu M, Yıldız D, Pekel NB, Güneş A, Yıldız A, Tufan F. Attitudes Of Neurology Specialists Toward Older Adults

106. Yang Y, Xiao LD, Ullah S et al, General practitioners' knowledge of ageing and attitudes towards older people in China. *Australas J Ageing* 2015;34:82–87. doi:10.1111/ajag.12105

107. Tufan F, Yuruyen M, Kizilarslanoglu MC et al Geriatrics education is associated with positive attitudes toward older people in internal medicine residents: a multicenter study. *Arch Gerontol Geriatr* 2015;60:307–310. doi:10.1016/j.archger.2014.12.004



8. EKLER

EK 1: MİNİ NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRME

<p>1. Son üç ayda iştah azalması, sindirim sorunları, çiğneme ve yutma gücünü nedeniyle besin tüketiminde azalma oldu mu ?</p> <p>0= Şiddetli iştah kaybı 1= Orta derecede iştah kaybı 2= İştah kaybı yok</p>	<p>4. Son üç ayda hastanın psikolojik stres veya akut hastalık yakınması oldu mu?</p> <p>0= Evet 2= Hayır</p>
<p>2. Son aylarda ağırlık kaybı oldu mu?</p> <p>0= 3 kg'dan fazla 1= Bilinmiyor 2= 1-3 kg 3= Ağırlık kaybı yok</p>	<p>5. Nöropsikolojik sorunları oldu mu?</p> <p>0= Ciddi demans veya depresyon 1= Hafif demans 2= Psikolojik sorun yok</p>
<p>3. Hareketlilik ?</p> <p>0= Yatak veya sandalyeye bağımlı 1= Yatak ve sandalyeden kalkıyor, ancak dışarı çıkamıyor 2=Dışarı çıkabiliyor</p>	<p>6. Beden kitle indeksi (BKI, ağırlık/boy²)</p> <p>0= 19'dan az 1= 19-21 2= 21-23 3= 23'den fazla</p>
<p>Tarama puanı (en çok 14 puan)</p> <p>*12 puan ve üstü: Normal, risk yok-teste devam etmeye gerek yok</p> <p>*11 puan ve altı: Malnütrisyon olabilir değerlendirmeye devam edin</p>	
<p>7. Bağımsız yaşama (bakımevi veya</p>	<p>13. Yemek yeme şekli nasıl?</p>

<p>hastane dışında)?</p> <p>0= Hayır</p> <p>1= Evet</p>	<p>0= Yardımcı ile</p> <p>1= Güçlkle kendi kendine yeme</p> <p>2= Hiç sorunsuz kendi kendine yeme</p>
<p>8. Günde 3 veya üzerinde ilaç alıyor mu?</p> <p>0= Evet</p> <p>1= Hayır</p>	<p>14. Beslenme sorunu var mı ? (kendi görüşü)</p> <p>0= Major malnütrisyonlu</p> <p>1= Bilmiyor veya orta düzeyde malnütrisyonlu</p> <p>2= Beslenme sorunu yok</p>
<p>9. Deride dokununca acıma veya deri yaraları var mı?</p> <p>0= Evet</p> <p>1= Hayır</p>	<p>15. Protein alımı</p> <p>a) Günde bir porsiyon süt veya süt ürünü tüketiyor mu ?</p> <p>b) Haftada iki porsiyon veya daha fazla kurubaklagil veya yumurta tüketiyor mu ?</p> <p>c) Her gün et/balık/tavuk tüketiyor mu?</p> <p>0 puan= 0 - 1 evet</p> <p>0.5 puan= 2 evet</p> <p>1.0 puan= 3 evet</p>
<p>10. Hasta günde tam olarak kaç öğün yemek yiyor ?</p> <p>0= 1 öğün</p> <p>1= 2 öğün</p> <p>2= 3 öğün</p>	<p>16. Aynı yaştaki insanlarda karşılaştırıldığında kendi sağlığı konusunda ne düşünüyor ?</p> <p>0= iyi değil</p> <p>0.5= bilmiyor</p> <p>1.0= iyi</p>
<p>11. Her gün iki veya daha fazla porsiyon sebze- meyve tüketiyor mu?</p> <p>0= Hayır</p> <p>1= Evet</p> <p>2.0= çok iyi</p>	<p>17. Üst orta kol çevresi (cm)?</p> <p>0= 21'den az</p> <p>0.5= 21 – 22</p> <p>1.0= 22'den fazla</p>
<p>12. Günde kaç bardak içiyor (su, meyva</p>	<p>18. Baldır çevresi kaç cm?</p>

suyu, çay, kahve, süt..) içiyor ? 0= 3 bardağın altı 0.5= 3-5 bardak 1= 5 bardağın üzeri	0= 31'den az 1= 31 ve üstü
--	-------------------------------

Toplam Skor: ≥ 23.5 Normal

17 – 23 Malnütrisyon riski

<17 Malnütrisyon

EK 2: NÜTRİSYONEL RİSK TARAMASI

Nütrisyonel durumda bozulma		Hastalığın şiddeti	
Skor 0	Normal nötr durum	Skor 0	yok
Skor1	3 ayda >%5 kilo kaybı ya da besin alımı %50-75	Skor1	Kronik hastalıklar, KOAH, diyabet, Onkoloji remisyona- idame tedavi
Skor 2	2 ayda >%5 kilo kaybı ya da VKİ 18.5-20.5+genel durum bozukluğu ya da besin alımı %25-60	Skor 2	Majör abdominal cerrahi, İnme, ağır infeksiyonlar, hematolojik malign, metastatic malign
Skor 3	1 ayda > %5 kilo kaybı (3 ayda> %15) ya da VKİ <	Skor 3	Kafa travması, KİT, YBÜ hastaları (APACHE >10)

	18.5+ genel durum bozukluğu ya da besin alımı %0-25		
--	---	--	--

Yaş ≥ 70 skora 1 ekle, Toplam skor ≥ 3 ise risk mevcuttur.

EK 3: BARTHEL GYA ÖLÇEĞİ

	0=Bağımsız	1=Kontrollü	2=Yardımlı	3=Bağımlı
Banyo				
Giyinme				
Yemek yeme				
Tuvalet				
Transfer				
Kişisel hijyen				
Yatakta hareket				
Lokomasyon				
Kontinans				
Toplam puan:				

EK 4: KATZ GYA ÖLÇEĞİ

	Yapamıyor	Yardımla	Yardımsız
Banyo Yapma			
Giyinme			
Tuvalete Gitme			
Transfer (yataktan)			
Kontinans			
Yemek Yeme			
Toplam Puan			

EK 5: LAWTON-BROODY EGYA ÖLÇEĞİ

	Yapamıyor	Yardımla	Yardımsız
Telefon Kullanma			
Alışveriş Yapma			
Yemek Hazırlama			
Ev İşleri			
Çamaşır İşleri			
Seyahat Etme			
Parasal İşleri İdare			
İlaçlarını içme			
Toplam Puan			

EK 6: Aile Hekimlerinin Geriatrik Hastaya Yaklaşım Anket Formu

Yaş:

Cinsiyet: KADIN ERKEK

Medeni durum: EVLİ BEKAR

Çocuğunun olup olmaması: VAR YOK

Birlikte yaşadığı 65 yaş üstü birey: VAR YOK

Üniversitede geriatri eğitimi aldınız mı?

EVET HAYIR

Muayene odası bakıcı tekerlekli sandalye koltuk değneği vs. hareket etmeye olanak sağlıyor mu?

EVET HAYIR

Geriatrik hastada aşılama yapıyor musunuz?

EVET HAYIR

Evetse hangi aşılı yapıyorsunuz?

Mevsimsel grip aşısı Pnömonokok Tetanoz Hepatit b
Herpes zoster Hepsi Hiçbiri

Geriatrik hastada b12 vitamin, folik asit değerlerine bakarak gerekli replasmanı yapıyor musunuz?

EVET HAYIR

Geriatrik hastada beslenme desteği açısından hastayı sorguluyor musunuz?

EVETHAYIR

Geriatric hastada primer koruma amaçlı çevrenin güvenli hale gelmesi için hasta yakınlarını bilinçlendiriyor musunuz?

EVETHAYIR

Geriatric hastada primer koruma amaçlı hangi tarama testlerine bakıyorsunuz?

GGKPSAKMDSMEARMAMOGRAFİ

Geriatric hastada HT, DM, HİPERLİPİDEMİ açısından tarama yaparak sonuca göre tedavi başlıyor musunuz?

EVETHAYIR

Geriatric hastada aşağıdaki günlük yaşam aktivitesi değerlendirmelerinden hangilerini değerlendiriyorsunuz?

BANYOHAREKETTUVALETE GİRMEGİYİNMEİDRAR VE DEFEKASYON KONTROLÜBESLENMEHEPSİHIÇBİRİ

Geriatric hastada aşağıdaki enstrümental günlük yaşam aktivite değerlendirmelerinden hangilerini değerlendiriyorsunuz?

Telefon kullanabilmeAlışverişYemekhazırlamaEv temizliğiÇamaşır yıkamaYolculukİlaçlarını kullanabilme sorumluluğuMali işlerHepsiHiçbiri

Geriatric hastada bakım ihtiyacı açısından hasta yakınlarını bilgilendiriyor musunuz?

EVETHAYIR

Geriatrik bakım ihtiyacı olan hastalara ne yapıyorsunuz?

- 2.Basamak sağlık kurumuna yönlendiriyorum
- Geriatri ünitesinin bulunduğu bir kuruma sevk ediyorum
- Evde bakım hizmeti için yönlendiriyorum
- Huzur evine yönlendiriyorum
- Hiçbiri
- Diğer

Geriatrik bakım hastalarına bakım veren kişilerin sağlık durumuna dikkat ediyormusunuz?

EVET

HAYIR

Geriatrik hastada polifarmasi(4ten fazla ilaç kullanımı) açısından sorgulama yapıyormusunuz?

EVET

HAYIR

Geriatrik hastada polifarmasi(4ten fazla ilaç kullanımı) açısından ilaç azaltılması ile ilgili değerlendirme yapıyormusunuz?

EVET

HAYIR

Geriatrik hastada en sık rastladığınız 3 hastalık hangileri?

- 1.
- 2.
- 3.

Geriatrik hastada alkol/sigara kullanımını sorguluyor musunuz?

EVET

HAYIR

Geriatik hastada geriatik sendromlardan hangileri ile ilgili değerlendirme yapıyorsunuz?

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> İmmobilizasyon | <input type="checkbox"/> Depresyon | <input type="checkbox"/> Demans | <input type="checkbox"/> Deliryum |
| <input type="checkbox"/> Düşme | <input type="checkbox"/> Bası yarası | <input type="checkbox"/> Üriner inkontinans | <input type="checkbox"/> Osteoporoz |
| <input type="checkbox"/> Malnütrisyon | <input type="checkbox"/> Disfaji | <input type="checkbox"/> Sarkopeni | <input type="checkbox"/> Kırılgnlık |
| <input type="checkbox"/> Hepsi | <input type="checkbox"/> Hiçbiri | | |

Bu nedenlerden herhangi biri için Geriatri bölümünün bulunduğu bir merkeze hasta yönlendirdiniz mi?

EVET

HAYIR

Yaşlı hastadan anamnez almakta zorlanıyor musunuz?

EVET

HAYIR

Yaşlı hastalarda tedavi size göre;

Yaşam kalitesini ve süresini artırmakta(olumlu buluyorum)

Yaşam kalitesi ve süresi üzerine olumlu etkisi yok