

**ARAŞTIRMA
MAKALESİ**

**Mehmet Kayhan¹
Erdal Dilekçi²
Sebahat Gücük¹**

¹Abant İzzet Baysal
Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Bolu, Türkiye
²Abant İzzet Baysal
Üniversitesi Fizik Tedavi ve
Rehabilitasyon Hastanesi,
Bolu, Türkiye

Yazışma Adresi:
Sebahat Gücük
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim
Dalı Gölköy, Bolu, Türkiye
Tel: +90 505 674 8192
Email: sebahatgu@yahoo.com

Geliş Tarihi: 05.12.2017
Kabul Tarihi: 18.03.2018
DOI: 10.18521/kt.362261

Konuralp Tıp Dergisi
e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralptipdergisi@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

**Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Polikliniklerine
Başvuran 65 Yaş ve Üstü Hastaların Aile Hekimliği Bakış
Açısıyla Değerlendirilmesi**

ÖZET

Amaç: Çalışmamız 65 yaş ve üstü hastalarımızın fizik tedavi hastanesine başvurma tanılarının incelenmesi ve birinci basamak sağlık hizmet sunumu açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız 01 Ocak - 31 Aralık 2016 tarihleri arasında Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üstü hastaların elektronik kayıtları retrospektif olarak incelenerek yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 3920 hasta alındı. Bu hastaların 2392'si (%61) kadın, 1528'i (%39) erkekti. Fizik tedavi ve rehabilitasyon hastalıkları arasında rehabilitasyon tedavisi alan hastaların tanılarına göre bel bölgesi hastalıkları %17 ile ilk sırada saptandı. Benzer şekilde diz bölgesi hastalıkları tanılarının sıklığı %15,8 iken hastaların toplamda %46,4'ünde bu tanı saptandı. Sağlık uygulama tebliğinin fizik tedavi ve rehabilitasyon tanı grupları listesindeki gruplandırmalara göre A tanı grubunun sıklığı %7,5 (n:522) , B tanı grubu sıklığı %1,5 (n:107), C tanı grubunun sıklığı %22,5 (n:1556) olarak saptandı.

Sonuç: Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda hastalarımız kas iskelet sistemi şikayetleriyle ilgili bilinçlendirilmelidir. Bu süreçte özellikle aile hekimleri tarafından ağrıyla mücadele etmeleri konusunda destek sağlanmasının, bu yaş grubu hastalarımızın yaşam kalitelerinin yükseltilmesi açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak, Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları, Yaşlı

**Evaluation of Patients Aged 65 Years and Over Who
Apply To Physiotherapy and Rehabilitation Polyclinics
from a Family Medicine Perspective**

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the diagnosis of patients aged 65 years and over in applying to physiotherapy hospitals and to make an evaluation in terms of primary health care delivery.

Methods: Our study was carried out by retrospectively reviewing the electronic records of patients aged 65 years and over who applied to the Physiotherapy and Rehabilitation Hospital outpatient clinics between 01 January - 31 December 2016.

Results: A total of 3920 patients were included in the study. Of these patients, 2392 (61%) were female and 1528 (39%) were male. According to the diagnoses of patients who received physiotherapy treatment, lumbar diseases were found to be the most common with 17% among physical therapy and rehabilitation diseases. Similarly, the rate of diagnosis with a knee disease was 15.8%, while this rate was 46.4% in all patients. Based on the groups defined in the physiotherapy and rehabilitation diagnosis groups list specified by the health practice communiqué, the rate of diagnosis of group A was 7.5% (n: 522), the rate of diagnosis of group B was 1.5% (n: 107), and the rate of diagnosis of group C was 22.5% (n: 1556).

Conclusion: In primary health care provision, patients should be made aware of their skeletal system complaints. During this process, we think that it is important for family physicians to support the patients to struggle with pain, in terms of raising the quality of life of the patients in this age group.

Keywords: Primary Care, Musculoskeletal Disorders, Elderly

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı, çevresel faktörlere uyum sağlama yetisinin giderek azalması olarak tanımlamakta, 65 yaş ve üstü kişileri yaşlı olarak kabul etmektedir. Ülkemizde de yaşlı kişi sayısı giderek artmaktadır. Yaşlanmayla birlikte kronolojik, sosyolojik, biyolojik ve psikolojik boyutlu bir gerileme meydana gelir ve gelişen fonksiyonel kapasitedeki bu değişimler, kardiyovasküler, solunum ve metabolik fonksiyonlarda düşüşe neden olur (1,2).

Türkiye’de gerek doğu’da beklenen yaşam süresindeki artış gerekse yaşlı nüfusun toplam nüfus payındaki artışı dünya verileri ile uyumludur. Ülkemizde 2015 yılı sonuçlarına göre doğu’da beklenen yaşam süresi Türkiye geneli için 78 yıl, erkekler için 75,3 yıl ve kadınlar için 80,7 yıl olarak saptanmıştır (3).

Kronik hastalıkların yönetiminde ana amaç, fonksiyonların düzeyinin aynı kalmasını veya iyileşmesini sağlayarak yaşam kalitesinin yüksek tutulmasıdır. Bu yaş grubunda koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yanı sıra özellikle bakım ve rehabilitasyon hizmetleri de oldukça önemlidir (4,5).

Yaşlı nüfusun artması ile birlikte yaşlılara yönelik sağlık hizmet sunumuna talep de giderek artmaktadır. Yaşlı hastaların aile hekimliği pratiğinde gittikçe artan oranda yer almaya başlamasıyla yaşlı hasta izlemi ve yaşlı bakım uygulamaları giderek önem kazanmaktadır. Ülkemizde son yıllarda özellikle yaşlı hastalara yönelik gereksinimlerin belirlenmesi ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar mevcuttur. Aile hekimleri birçok bakım alanlarında yaşlı hasta izleminde önemli bir rol oynamaktadır (5,6).

Yaşlı hastalarda genellikle beraberinde çoklu ilaç kullanımlarını gerektirecek hastalıklar olabilmektedir (5). Yaşlı bireylerdeki sağlık sorunlarının karmaşık yapısı ve kronik hastalık izlemleri hastaneye başvurma eğilimlerini arttırmakta, maalesef aile hekimliği uygulama alanına ise genel olarak reçete yazdırmak ve enfeksiyonlar gibi akut hastalıklarda tedavi olmak amaçlı başvuruları gerektirdiğini düşünebilmektedirler. Bu durum çoklu ilaç yazımı, daha fazla muayene sayısı, ekonomik yükte artış gibi birçok probleme neden olmaktadır (6,7).

Yaşlı bireylerde hastaneye en sık başvuru nedenlerinden biri ağrı gibi kas ve iskelet sisteminden kaynaklanan şikayetlerdir. Aile hekimlerine başvuran her dört hastadan birinde bu şikayetler bulunabilmektedir (8). Yaşlılarda kas iskelet sistemi ağrıları, örneğin parkinson gibi birçok romatizma dışı nedenlerle de görülebilir. Ağrı, günlük yaşam aktivitelerinde sınırlanmaya neden olur ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler(9,10). Ağrı tedavisine yönelik farmakolojik ve farmakolojik olmayan birçok uygulama olmakla birlikte yaşlılarla ağrının etkileri, bunun sonuçları,

baş etme yöntemleri ile ilgili konuşmaların bile tedavide etkili olduğu gösterilmiştir (11,12).

Çalışmamız 65 yaş ve üstü hastalarımızın fizik tedavi hastanesine başvurma tanılarının incelenmesi ve birinci basamak sağlık hizmet sunumu açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Çalışmamız 01 Ocak -31 Aralık 2016 tarihleri arasında Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran 65 yaş üstü hastaların elektronik kayıtları retrospektif olarak incelenerek yapıldı. Etik kurul onayı alındıktan sonra, başvuran hastaların klinik tanıları, yaşı, cinsiyeti ve başvuru tarihleri elektronik veri tabanından alındı. Yaş grupları 65-74 yaş, 75-84 yaş ve 85 yaş ve üstü olarak gruplandırıldı. 14.07.2016 tarihli Sağlık Uygulama Tebliğinin fizik tedavi ve rehabilitasyon tanı grupları listesine göre başvuran hastaların tanıları A,B,C,D olarak gruplandırıldı(13).

Rehabilitasyon A, B ve C gruplarını kapsayan hastalıklar için uygulanmıştır. D grubu kapsayan hastalıklar için hastalara çeşitli fizik tedavi modalitelerini içeren tedavi seansları uygulanmıştır. Ayrıca D grubu hastalara bu tedavi yanında ev programı şeklinde egzersiz önerilmiştir. Rehabilitasyon içeriği hastalık tanısına ve hastanın fonksiyonel durumuna göre (Eklem Hareket Açıklığı(EHA) egzersizleri, EHA germe egzersizleri, güçlendirme, progressif ambulasyon gibi) hekim ve fizyoterapist tarafından yapılan değerlendirme sonrası karar verildiğinden ve rehabilitasyon süresince değişebildiğinden ayaktan ve yatarak tedavi alan hastalara verilen fizik tedavi modalitelerinin ne olduklarına dair bilgilerin tamamına sistemsal olarak ulaşılamadı. Ancak verilen banyo tedavilerinin tamamına ulaşılabildiği için değerlendirmelerde kullanıldı.

İstatistiksel Analiz: Veriler IBM SPSS (Statistical Program for Social Sciences) sürüm V23 programı kullanılarak, nicel veriler ortanca, standart sapma, en küçük -en büyük değer, nitel veriler ise yüzde olarak sunulurken, dört gözlü ki kare ve çok gözlü ki-kare, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U ilişki testleri ile %95 güven aralığında, analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 3920 hasta alındı. Çalışmaya dahil edilen 65 yaş ve üstü 3920 hastanın 2392’si (%61) kadın ve 1528’i (%39) erkek idi. 65-74 yaş arası kişi sayısı 2802 (%71.5), 75-84yaş arası kişi sayısı 1024 (%26.1), 85 yaş ve üzerikişi sayısı 94 (%2.4) idi. Hastaların yaş ortalaması 72.2 ± 5.3 yıl olarak saptandı. Yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	65-74 Yaş		75-84 Yaş		85 Yaş ve Üstü		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kadın	1746	73.0	601	25.1	45	1.9	2392	100
Erkek	1056	69.1	423	27.7	49	3.2	1528	100
Toplam	2802	71.5	1024	26.1	94	2.4	3920	100

Fizik tedavi ve rehabilitasyon hastalıkları arasında tedavi alan hastaların tanılarına göre bel bölgesi hastalıkları %17 ile ilk sırada saptandı. Bir hasta birden fazla tanıya sahip olabileceğinden

hastaların %49,8'inde bel bölgesi hastalıkları tanısı olduğu tespit edildi. Benzer şekilde diz bölgesi hastalıkları tanılarının sıklığı %15,8 iken hastaların toplamda %46,4'ünde bu tanı saptandı(Tablo 2).

Tablo 2. Tanıların görülme sıklığı dağılımları

TANI	Görülme Sıklığı	Tanılara Göre (%)	Şikâyetlere Göre (%)
Bel Bölgesi Hastalıkları	1954	17	49,8
Diz Bölgesi Hastalıkları	1813	15,8	46,4
Boyun Bölgesi Hastalıkları	915	7,9	23,3
Omuz Bölgesi Hastalıkları	666	5,8	17,0
Vitamin D Eksikliği	589	5,1	15,0
Osteoporoz Diğer	543	4,7	13,9
İnme-Serebrovasküler Durumlar	439	3,9	11,2
Nöropatik Ağrı	249	2,2	6,4
Kramp Ve Spazm	114	1,0	2,9
Koksartroz [Kalça Artrozu]	111	1,0	2,8
Artrozlar Diğer	106	0,9	2,7
Fibromiyalji	66	0,6	1,7
Yürümede Zorluk	52	0,5	0,5
Diğer Hastalıklar	1472	12,7	36,3

Sağlık Uygulama Tebliğinin fizik tedavi ve rehabilitasyon tanı grupları listesindeki gruplandırmalara göre A tanı grubunun sıklığı %7,5 (n:522) , B grubu sıklığı %1.5(n:107), C grubunun sıklığı%22,5 (n:1556)olarak saptandı. D tanı grubu

%68,4 (n:4732) ile en yüksek sıklığa sahipti. Hastalar toplamda 2124 defa banyo tedavisi almıştı. Banyo sayısı 9 (min:1;max:27) olarak yapılmıştı (Tablo3).

Tablo 3. A,B,C,D Tanı Grupları Tanımlayıcı İstatistikleri

	Frekans	%	X ¹	SS ²	Min	Maks
A	522	7,5	23,5	14,1	1	70
B	107	1,5	18,2	7,5	10	28
C	1556	22,5	13,5	6,4	1	60
D	4732	68,4	17,3	7,9	1	60

¹Aritmetik ortalama; ²Standart sapma

A ve B tanı grupları değerleri yatan hasta ve poliklinik hastalarına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemekteydi (p:0,375;p:0,400). C ve

D tanı grupları değerleri ise poliklinik hastalarında istatistiksel olarak daha yüksek elde edilmişti (p<0,001) (Tablo 4).

Tablo 4. Yatan hastalar ile poliklinik hastalarına verilen rehabilitasyon tedavi sayıları karşılaştırılması

	Yatan hastalar için rehabilitasyon tedavi sayısı		Poliklinik hastaları için rehabilitasyon tedavi sayısı		P ²
	X ¹	Min-maks	X	Min-maks	
A	19	9-30	23	1-70	0,375
B	28	26-34	14	10-24	0,400
C	10	1-30	14	1-60	<0,001
D	10	1-25	20	1-60	<0,001
Banyo tedavisi	8	1-27	8	1-27	<0,001

TARTIŞMA

Kronik kas iskelet sistem ağırları kaslar, eklemler ve kemik yapılarıdaki ağırlardan kaynaklanabilmektedir (14). Ağrı, kısıtlı hareket, kas iskelet sisteminin yapı ve fonksiyonunda bozukluk ile karakterize bir hastalıktır (15). Dünyada yaşlı nüfusun giderek artması ile birlikte beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle tüm dünyada kas iskelet sistemi hastalıklarının da görülme sıklığı ve hastaların bu şikâyetlerle özellikle birinci basamak başvuruları önemli bir şekilde artmaktadır (16).

Yaşın ilerlemesiyle intervertebral disk dejenerasyonu artmaktadır. Yaşla birlikte diskin beslenmesi azalır. Yaşlılarda intervertebral disklerde oluşan değişikliklerin klinik sonuçları disk herniasyonları, omurgada dejeneratif spondiloz ve spinal dar kanaldır. Bunlara bağlı gelişen bel ağrısı ve belde tutukluk yaşlılarda görülen en sık semptomlardır. Bel ağrısı 65 yaş ve üstündeki kadınların kronik hastalıkları içinde üçüncü, erkeklerde dördüncü sıradadır (17). Bu yaş grubunda bu şikâyetlerin altında kanser, basıya bağlı kırık, spinal stenoz ve aort anevrizması gibi başka nedenler de olabilmektedir (18). Çalışmalarda ileri yaşın, kadın cinsiyetin, kilo artışının, depresyonun, stresin ağrının artması ve süresinin uzamasında etkili olabileceği görülmüştür (18,19). Bel ağrısının yönetiminde egzersiz eksikliği, psikolojik faktörler, kişinin ağrı algısı ve ağrıya olan yaklaşımının dikkate alınması önemli yer tutmaktadır (20,21).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimleri kendi hastalarını tanımakta ve her bir kişiyi çevresi ve yaşamı ile beraber değerlendirme fırsatı yakalamaktadır ve aile hekimliği yaklaşımı ile kişiyi sadece birey olarak değil, çevresi ve sosyal yaşantısıyla beraber bir bütün olarak ele almaktadır. Bütüncül yaklaşım ile bireyin hastalığını nasıl algıladığı ve bununla başa çıkma yolları belirlenerek, hastalığı ile ilgili duyguları, düşünceleri, beklenti ve ihtiyaçları belirlenebilmektedir. Buna hastalıkları ile ilgili verilecek eğitimler de eklenirse bel ağrısının tedavisinde aile hekimliği yaklaşımının önemli bir rol oynaması beklenmektedir. Bu nedenle hastaların ilk başvurduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarında aile hekimliği yaklaşımıyla hasta bakılması gerekirse diğer bölümlerden destek alınmalıdır(22). Bizim çalışmamızda fizik tedavi ve rehabilitasyon hastalık grupları arasında en sık bel bölgesi hastalıkları saptanmıştır. Bu grup içinde de en sık intervertebral disk bozuklukları görülmüştür. Günlük pratiğimizde bu dönemde altta yatan başka nedenlerinde olabileceğini akılda tutarak yaşlı hastalarımızı bir bütün olarak değerlendirmemiz gerekmektedir.

En sık görülen romatizmal hastalıklardan biri olan osteoartrit (OA)'in, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte görülme sıklığı giderek artmakta, ağrı ve fonksiyon kaybı nedeniyle hem iş

gücü kaybına neden olurken hem de psikososyal problemler oluşturmaktadır. OA bütün eklemlerde görülmekle birlikte en sık diz, kalça, el ve omurga eklemlerinde ortaya çıkar (23). OA'in görülme sıklığı yaşla birlikte artmakla birlikte kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür. 60 yaş üstü kadınların %13'ünde, erkeklerin ise %10'unda semptomatik olarak ortaya çıkabilmektedir (24,25). Özellikle sıkça görülen diz OA vücudun öne eğilmesi ve dengenin bozulmasıyla yaşlılarda düşmeler için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (26). Hastaların tedavilerinde egzersiz önemlidir. Egzersiz tedavisine uymaları ve kilo vermeye başlamaları davranış değişikliği anlamına gelir buda hastalarda zor bir süreçtir. Özellikle birinci basamak sağlık sunumunda bu anlamda hasta görüşmelerinde bazı müdahaleler gerekebilir (27). Birinci basamak sağlık birimleri, osteoartrit gibi kronik kas iskelet sistemi sorunları olan ve yanı sıra hipertansiyon, diyabet gibi sistemik hastalıkları da olan yaşlı popülasyonun ilk başvuru yerleridir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık çalışanları, koruyucu hekimlik açısından hasta eğitimine ağırlık vermelidir (28,29). Bizim hastalarımızda da osteoartrit kaynaklı tanılar sık görülmekteydi. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda görev alan sağlık çalışanlarının vermeleri gereken eğitimin farkında olarak bu alanda kendilerini geliştirmeleri eğitimin etkinliğini daha fazla artırabilecektir.

Yaşa bağlı olarak gelişen pek çok sağlık sorunu rehabilitasyon gerektirebilmektedir. Rehabilitasyonun temel amacı bireyi hastalık öncesi aktivite düzeyine mümkün olduğu ölçüde kavuşturmaktır. Yaşlılarda rehabilitasyon tedavisinin amaçlarına ulaşmanın en etkin yolu ekip çalışmasıdır. Rehabilitasyonun planlaması başlıca hekim ve fizyoterapist iletişimine bağlıdır. Yaşlı bakımını sağlayan kişilerin de bu süreç içerisine dahil edilmelerinin rehabilitasyon amaçlarına ulaşmak için oldukça etkili bir yaklaşım olduğu kanıtlanmıştır (30). Birinci basamakta verdiğimiz sağlık hizmetlerinde özellikle yaşlı nüfustaki hastalarımızı birebir yaşadıkları ortamda değerlendirmemiz hastalarımızın ihtiyaçlarının belirlenebilmesi ve verilen sağlık hizmetlerinin hastamız tarafından uygulanabilirliğini görmemiz açısından oldukça önemlidir.

Hastane bilgi sisteminden bütün bilgilere ulaşılammış, verilen farmakolojik veya farmakolojik olmayan tedavilerin içeriğini değerlendirememiş ve hastaların bu tedavilerden yararlanma durumlarını öğrenememiş olmamız çalışmamızın en önemli kısıtlayıcılarındandır.

SONUÇ

Kronik hastalıkların oldukça sık görülebildiği, ağrı gibi kronik kas iskelet sistemi şikâyetleri olan özellikle bu yaş grubundaki hastalarımızın tekrarlayan ve farklı bölümlerdeki başvurularının azaltılması ve dolayısıyla kullanılan

ilaç miktarının en aza indirilmesi gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda hastalarımız, kas iskelet sistemi şikayetleriyle ilgili bilinçlendirilmeli, tedavi ile ilgili rehberlik edilerek ihtiyaç durumunda fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezlerine yönlendirilmelidir. Bu süreçte

özellikle aile hekimleri tarafından ağrıyla mücadele etmeleri konusunda destek sağlanmasının, bu yaş grubu hastalarımızın yaşam kalitelerinin yükseltilmesi açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Ergun GO, Bozdemir N, Uguz S, et al. Evaluation of the medical and social characteristics of theelderly living at the community residence of Adana and those applying to the family medicine outpatient clinic. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003; 6(3): 89-94.
2. Bryg RJ, Williams GA, Labovitz AJ. Effect of aging on left ventricular diastolic filling in normal subjects. *Am J Cardiol* 1987;59(9): 971-74.
3. İstatistiklerle Yaşlılar 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>. (Erişim: 16.03.2017)
4. Kutsal YG. Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni* 2003; 24:1-6.
5. Durmuş D, Ünal M. Diz Osteoartrinde Kapsaisin Fonoforezin Etkisi ve Birinci Basamakta Erken Kullanılabilirliği: Randomize Kontrollü Bir Çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi* 2016;8(3) 173-80.
6. Turaman C. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. *Türk Geriatri Dergisi* 2001;4(1): 22-7.
7. Uncu Y, Özçakır A.Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım. *Türk Geriatri Dergisi* 2003;6(1):31-7.
8. Podichetty VK, Mazanec D, Biscup R. Chronic non-malignant musculoskeletal pain in older adults: clinical issues and opioid intervention. *Postgrad Med J.* 2003;79(937):627-33.
9. Kelsey JL, Ira B. Influence of musculoskeletal conditions on oral health among older adults. *Am J of PublicHealth.* 2008;8(7): 1177-1183.
10. Faulkner JA, Larkin LM, Clafflin DR, Brooks SV. Age-related changes in the structure and function of skeletal muscles. *Clin Exp Pharmacol Physiol.* 2007; 34(11):1091-6.
11. Weiner DK. Improving pain management for older adults: an urgent agenda for the educator, investigator, and practitioner. *Pain* 2002;97(1-2):1-4.
12. Sofaer B, Moore AP, Holloway I, et al. Chronic pain as perceived by olderpeople: a qualitative study. *Age Ageing* 2005; 34(5): 462-66.
13. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkez-teskilati/ana_hizmet_birimleri/gss_genel_mudurlugu/anasayfa_duyurular/duyuru_14072016_degisiklik_tebli_gi_islenmis_guncel_sut (Erişim tarihi:12.11.2017)
14. Grant JT. The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003 ;17(4):547-61.
15. Harter M, Reuter K, Weisser B, et al. A descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 2002;83: 461–68.
16. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2003; 81(9): 646–56.
17. Loeser RF, Delbono O. Aging of the muscles and joints. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, Hazzard WR, Wollard NF, ed. *Hazzard's geriatric medicine and gerontology.* 6th ed. New York: McGraw Hill Medical, 2009;1355-68.
18. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *Primary care N Engl J Med* 2001;344(5):363-70.
19. Pincus T, Vlaeyen JW, Kendall NA, et al. Kalauokalani DA, Reis S. Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain: directions for the future. *Spine* 2002;27(5):E133-8.
20. Geisser ME, Wiggert EA, Haig AJ, et al. A randomized, controlled trial of manual therapy and specific adjuvant exercise for chronic low back pain. *Clin J Pain* 2005 ;21(6):463-70.
21. Hoy D, Brooks P, Blyth F, et al. The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24(6):769-81.
22. Tanyıldızı İ, Mevsim V. Kronik bel ağrısı olan hastalara ailehekimliği yaklaşımı: Ne kadar etkili? *Türk Aile Hek Derg* 2015;19 (2): 54-62.
23. Neogi T, Zhang Y. Osteoarthritis prevention. *Curr Opin Rheumatol* 2011; 23(2): 185-91.
24. Felson DT. Osteoarthritis of the knee clinical practice. *N Engl J Med* 2006; 354(8): 841-48.
25. Page CJ, Hinman RS, Bennell KL. Physiotherapy management of knee osteoarthritis. *Int J Rheum Dis* 2011; 14(2): 145-51.
26. Messier SP, Royer TD, Craven TE, et al. Long-term exercise and its effect on balance in older, osteoarthritic adults: Results from the fitness, arthritis, and seniors trial (FAST). *J Am Geriatr Soc* 2000;48 (2):131-8.
27. Ravaud P, Flipo RM, Boutron I, et al. ARTIST (osteoarthritis intervention standardized) study of standardised consultation versus usual care for patients with osteoarthritis of the knee in primary care in France: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*2009;338:b421.

28. Sindel D. Osteoartritte disiplinlerarası ilişki ve hastaya yaklaşım nasıl olmalı?.Türk Geriatri Dergisi 2011;14 (Suppl 1): 89-94.
29. Juni P, Reichenbach S, Dieppe P. Osteoarthritis: rational approach to treating the individual. Best Pract ResClin Rheumatol 2006;20(4):721-40.
30. Cameron ID, Crotty M, Currie C, et al. Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review. Health Technol Asses 2000;4(2):i-iv,1-111.