

GERİATRİK BİLİMLER DERGİSİ

Journal of Geriatric Science

Cilt / Volume: 3 Sayı / Issue: 3 Aralık / December 2020

Editöryal / Editorial

- **Yaşlı COVID-19 Hastalarında Tedavinin Güçlükleri ve Potansiyel İlaç Etkileşimleri**
The Challenges of COVID-19 Treatment in Older Patients and Potential Drug Interactions

Araştırma Makalesi / Original Research

- **Geriatric Erkeklerde Nokturi ve Ayrıntılı Geriatrik Değerlendirme Parametreleri**
Nocturia and Comprehensive Geriatric Assessment Parameters in Older Men
- **Yaşlılık İnancı ve Yaşlılık İnancını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi**
An Investigation of the Belief About Old Age and Factors Affecting the Belief About Old Age
- **Yaşlılarda Depresyon Düşme Sıklığı ile İlişkilendirilebilir mi?**
May Depression Be Associated with the Frequency of Falls in the Elderly?
- **Yaşlılarda Çift Görev Eğitimiyle Önerilen Ev Egzersizlerinin Fiziksel Aktivite Düzeyi, Yaşam Kalitesi ve Kinezyofobiyle İlişkisinin İncelenmesi**
Investigation of the Relationship of Recommended Home Exercises with Dual-Task Training for the Elderly with Physical Activity Level, Life Quality and Kinesiophobia
- **Hipomagnezeminin Geriatrik Sendromlar ve Mortalite ile Birlikteliği**
Association of Hypomagnesemia with Geriatric Syndromes and Mortality
- **Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Geropsikiyatrik Hastalıklar ve Özellikleri: Retrospektif Bir Çalışma**
Characteristics of Geropsychiatric Diseases in Emergency Medical Services: A Retrospective Study
- **Sağlık Çalışanlarının Yaşlı İstismarı Konusundaki Algısı ve Farkındalığının Araştırılması**
Investigation of Health Workers' Perception and Awareness Toward Elderly Abuse

Derleme / Review

- **Sosyal Belediyecilik Bağlamında Yaşlı Bakım ve Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezleri**
Elderly Care and Alzheimer's Day Care Centers in the Context of Social Municipality
- **COVID-19 Pandemisine Yönelik Gerontolojik Müdahale Önerileri**
Gerontological Intervention Recommendations for COVID-19 Pandemic



www.jogs.online

Geriatric Bilimler Dergisi

Journal of Geriatric Science

Cilt: 3, Sayı: 3, Aralık 2020 / Volume: 3, Issue: 3, December 2020 / e-ISSN:2636-8315

İmtiyaz Sahibi / Owner

- Ahmet Turan IŞIK, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Baş Editör / Editor in Chief

- Ahmet Turan IŞIK, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Yardımcı Editörler / Associate Editor in Chief

- Geriatri / Geriatrics:** Pınar SOYSAL, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Gerontoloji / Gerontology:** İsmail TUFAN, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Editörler Kurulu / Editorial Board

- Turgay ÇELİK, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Andrea HELMER-DENZEL, Heidenheim, Almanya
- Gerhard NAEGELE, Dortmund, Almanya
- Bülent SAKA, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Bernd SEEBERGER, Tirol, Avusturya
- Terence SEEDSMANN, Melbourne, Avustralya
- Brendon STUBBS, Londra, İngiltere
- Nicola VERONESE, Padova, İtalya

İngilizce Dil Danışmanı / English Editing Consultant

- Brendon STUBBS, Londra, İngiltere

Türkçe Dil Danışmanı / Turkish Editing Consultant

- Özge DOKUZLAR, Doha, Katar

Bivoistatistik Danışmanı / Biostatistical Consultant

- Hülya ELLİDOKUZ, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Editorial Secretariat / Yayın Sekreteryası

- Ali Ekrem AYDIN, Sivas Numune Hastanesi, Sivas, Türkiye
- Özge DOKUZLAR, Doha, Katar

Bilimsel Danışma Kurulu / Scientific Advisory Board

- Fehmi AKÇİÇEK, İzmir, Türkiye
- Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ, İzmir, Türkiye
- Esra ATEŞ BULUT, Adana, Türkiye
- Ümit ATEŞKAN, Ankara, Türkiye
- Hamdullah AYDIN, Ankara, Türkiye
- Ali Ekrem AYDIN, Sivas, Türkiye
- Gülşen BABACAN YILDIZ, İstanbul, Türkiye
- Banu CANGÖZ, Ankara, Türkiye
- Bilgin CÖMERT, İzmir, Türkiye
- Özge DOKUZLAR, Doha, Katar
- Ayça ERŞEN DANYELİ, İstanbul, Türkiye
- Engin EKER, İstanbul, Türkiye
- George T. GROSSBERG, St. Louis, Missouri, ABD
- Ali İhsan GÜNAL, Kayseri, Türkiye
- Azize Esra GÜRSOY, İstanbul, Türkiye
- Meltem HALİL, Ankara, Türkiye
- Hülya HARUTOĞLU, Gazimağusa, KKTC
- Rolf HEINZE, Bochum, Almanya
- Nursen İLÇİN, İzmir, Türkiye
- Nuri KARABAY, İzmir, Türkiye
- Selim KARABEKİR, İzmir, Türkiye
- Ayfer KARADAKOVAN, İzmir, Türkiye
- Aziz KARAOĞLU, İzmir, Türkiye
- Rümeza KAZANCIOĞLU, İstanbul, Türkiye
- Saadet KOÇ OKUDUR, Manisa, Türkiye
- Süleyman Emre KOÇYİĞİT, İzmir, Türkiye
- Mehmet KOLUKISA, İstanbul, Türkiye
- Kürşat KUTLUK, İzmir, Türkiye
- Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ, İzmir, Türkiye
- Derya KAYA, İzmir, Türkiye
- Mahmut KAYA, İzmir, Türkiye
- Mehtap MALKOÇ, Gazimağusa, KKTC
- M. Refik MAS, Lefkoşa, KKTC
- Selim NALBANT, İstanbul, Türkiye
- Fatmanur OKYALTIRIK, İstanbul, Türkiye
- Demet ÖZBABALIK ADAPINAR, Eskişehir, Türkiye
- Monika REICHERT, Dortmund, Almanya
- Tufan TÜKEK, İstanbul, Türkiye
- Fusun YILDIZ, Kocaeli, Türkiye

(Soyisimlere göre alfabetik olarak sıralanmıştır.)

AMAÇ ve KAPSAM

Geriatik Bilimler Dergisi, dört ayda bir yayınlanan bilimsel bir yayın organıdır ve imtiyaz sahibi Geriatik Bilimler Derneği'dir.

Başlıca ilgi alanları; geriatik sendromlar, geriatik psikiyatri, yaşlı hastaya yaklaşım ve yaşlanmanın biyolojik temelleri olup, geriatik olguların tıbbi, mental, psikolojik, sosyoekonomik ve çevresel problemleri ile ilgili olabilecek retrospektif, prospektif veya deneysel araştırmalar, derlemeler, olgu sunumları, editöryal yorumlar, editöre mektuplar ve tıp gündemini belirleyen güncel konuları, ulusal ve uluslararası tüm tıbbi kurum ve personele ulaşmayı hedeflemektedir.

ETİK İLKELER ve YAYIN POLİTİKASI

BİLİMSEL SORUMLULUK

Tüm yazarların gönderilen makalede akademik-bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalı ve son halini kabul etmelidir. Makalelerin bilimsel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

ETİK SORUMLULUK

Geriatrik Bilimler Dergisi, ‘İnsan’ ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensiplerine uygunluk (<https://www.wma.net/policy/>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin ‘Gereç ve Yöntemler’ bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ‘Etik Kurul Onayı’ belgesi ve çalışmaya katılmış insanlardan ‘Bilgilendirilmiş Olur Formu’ aldıklarını belirtmek zorundadır.

Çalışmada ‘Hayvan’ ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin ‘Gereç ve Yöntemler’ bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından ‘Etik Kurul Onayı’ belgesi aldıklarını belirtmek zorundadır.

Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan ‘Bilgilendirilmiş Olur Formu’ formu alınmalıdır.

Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

YAZIM KURALLARI

Yayınlanmak için gönderilen makalelerin daha önce başka bir yerde yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekmektedir. Bilimsel toplantılarda sunulan özetler, makalede belirtilmesi koşulu ile kabul edilir.

Yayın Kurulu, *Geriatrik Bilimler Dergisi*'nin yazım kurallarına uygunluk sağlamak amacıyla, yayınlanması için gönderilen makalelerin gözden geçirilip düzeltilmesini, kısaltılmasını veya yeniden düzenlenmesini isteyebilir. Dergiye gönderilen makale biçimsel esaslara uygun ise, editör ve en az yurt içi-yurt dışı iki danışmanın incelemesinden geçtikten sonra, gerek görüldüğü takdirde, istenen değişiklikler yazarlarca yapıldıktan sonra yayınlanır.

Makale yayınlanmak üzere dergiye gönderildikten sonra yazarlardan hiçbiri, tüm yazarların yazılı izni olmadan yazar listesinden silinemez, ayrıca hiçbir isim, yazar olarak eklenemez ve yazar sırası değiştirilemez.

MAKALE GÖNDERMEK İÇİN

Geriatrik Bilimler Dergisi'ne makale gönderimi 'Online-Çevrimiçi' yapılmaktadır. Makale kabul işlemleri DergiPark Akademik üzerinden (<http://dergipark.gov.tr/geriatrik>) yapılmaktadır (Yalnızca bu yolla gönderilen makaleler işleme alınmaktadır). Makalelerinize ilgili tüm işlemleri de bu adresten takip edebilirsiniz.

BİLİMSEL SORUMLULUK

Tüm yazarların gönderilen makalede akademik-bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalı ve son halini kabul etmelidir. Makalelerin bilimsel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

ETİK SORUMLULUK

Geriatrik Bilimler Dergisi, 'İnsan' ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensiplerine uygunluk (<https://www.wma.net/policy/>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin 'Gereç ve Yöntemler' bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından 'Etik Kurul Onayı' belgesi ve çalışmaya katılmış insanlardan 'Bilgilendirilmiş Olur Formu' aldıklarını belirtmek zorundadır.

Çalışmada 'Hayvan' ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin 'Gereç ve Yöntemler' bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından 'Etik Kurul Onayı' belgesi aldıklarını belirtmek zorundadır.

Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan 'Bilgilendirilmiş Olur Formu' formu alınmalıdır.

Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir

ilişkinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Tüm retrospektif, prospektif ve deneysel araştırma makaleleri biyoistatistiksel olarak değerlendirilmeli ve uygun plan, analiz ve raporlama ile belirtilmelidir.

YAZIM DİLİ

Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir. Türkçe yazılardaki terimler mümkün olduğu kadar öz Türkçe veya Latince olmalı, gereksiz, sık ve yerleşik olmayan kısaltmalardan kaçınılmalı ve Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya www.tdk.org.tr adresi ayrıca Türk Tıbbi Derneklerinin kendi branşlarına ait terimler sözlüğü esas alınmalıdır.

YAYIN HAKKI

Yayınlanmak üzere kabul edilen yazıların her türlü yayın hakkı dergiyi yayınlayan kuruma aittir. Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır.

Yazarlar, <http://dergipark.gov.tr/geriatrik> internet adresinden ulaşacakları Yayın Hakları Devir Formunu doldurup, online olarak, makale ile birlikte göndermelidirler.

YAZI ÇEŞİTLERİ

Orijinal Araştırma Makalesi: Kliniklerde yapılan prospektif-retrospektif ve her türlü deneysel çalışmalar yayınlanabilmektedir. Yapısı:

- Özet (Ortalama 250 kelime; amaç, gereç ve yöntemler, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşan, Türkçe ve İngilizce)
- Giriş
- Gereç ve Yöntemler
- Bulgular
- Tartışma
- Sonuç
- Teşekkür
- Kaynaklar

Derleme, editöryal yorumlar ve tıp gündemini belirleyen güncel konular: Doğrudan yayın kuruluna danışılarak veya davet edilen yazarlar tarafından son tıp literatürünü de içine alacak şekilde hazırlanabilir. Yazarın o konu ile ilgili birikimi ve basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedenidir. Yapısı:

- Özet (Ortalama 250 kelime, bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
- Konu ile ilgili alt başlıklar
- Kaynaklar

Olgu Sunumu: Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır. Yapısı:

- Özet (ortalama 150 kelime; bölümsüz; Türkçe ve İngilizce)
- Giriş
- Olgu Sunumu
- Tartışma
- Kaynaklar

Editöre Mektup: Son bir yıl içinde dergide yayınlanan makaleler ile ilgili okuyucular tarafından eleştiri veya katkı amacıyla yazılan değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren ortalama 500 kelimelik yazılardır.

Yayın Kurulunun inceleme ve değerlendirmesinden sonra yayınlanabilir. Başlık ve özet bölümleri yoktur. Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır. Hangi makaleye (sayı, tarih verilerek) ithaf olunduğu belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu, adresi bulunmalıdır.

Mektuba cevap, editör veya makalenin yazarları tarafından, yine dergide yayınlanarak verilir.

YAZIM KURALLARI

Dergiye yayınlanması için gönderilen makalelerde aşağıdaki biçimsel esaslara uyulmalıdır: Makale, PC uyumlu bilgisayarlarda Microsoft Word programı ile yazılmalıdır.

Gönderilen yazılar, birinci sayfadan itibaren sağ alt köşede sayfa numarası verilerek, her biri ayrı bir sayfadan başlayan aşağıda belirtilen bölümler halinde hazırlanmalıdır.

Kısaltmalar:

Kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilir ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için "Bilimsel Yazım Kuralları" kaynağına başvurulabilir.

Şekil, resim, tablo ve grafikler:

- **Tablolar:** Makale içinde geçiş sırasına göre Romen rakamları ile numaralanmalı (Tablo I) tabloların her biri ayrı bir sayfaya ve başlıkları tablo üzerinde olacak şekilde yapılmalıdır. Tablo başlıklarında "Tablo I." kısmı kalın olarak, diğer kısımları normal tonda ve küçük harflerle yazılmalıdır. Metin içinde tabloların geçtiği yer, en uygun yerde parantez içinde belirtilmelidir.
- **Şekiller, resimler ve fotoğraflar:** Makale içinde geçiş sırasına göre, Arabik rakamlar ile numaralandırılmalı (Şekil 1, Resim 3 gibi), şekil ve resimlerin yerleri, metin içinde en uygun yerde parantez içinde belirtilmelidir. Şekil, resim ve fotoğrafların her biri ayrı bir sayfada ve başlıkları altlarında yer almalıdır. Şekil başlıklarında "Şekil 1." kısmı kalın olarak, diğer kısımları normal tonda ve küçük harflerle yazılmalıdır. Resim ve fotoğraflar gibi malzemelerin (şekiller değil) başlık ve alt yazıları, ayrı ve boş bir sayfaya; şekiller ve resimler sırası içinde basılmalıdır.
- Resimler/fotoğraflar renkli ve ayrıntıları görülecek netlikte olmalıdır.
- Şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer .jpg veya .gif dosyası olarak sisteme eklenmelidir.
- Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.

- Eğer makalede daha önce yayınlanmış; alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır.

EDİTÖRE SUNUM SAYFASI:

Gönderilen makalenin kategorisi, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve varsa bu kuruluşların yazarlarla olan ilişkileri, makale İngilizce ise; İngilizce yönünden kontrolünün ve araştırma makalesi ise biyoistatistiksel kontrolünün yapıldığı belirtilmelidir.

KAPAK SAYFASI:

- Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı,
- Tüm yazarların ad-soyadları, akademik unvanları ve kurumları,
- Yazışmalardan sorumlu yazarın adı, soyadı, mektup adresi, telefonu, faksı, e-postası,
- Makale daha önce tebliğ olarak sunulmuş ise tebliğ yeri ve tarihi,
- Yazıya konu olan çalışma bilimsel bir kuruluş veya fon ile desteklenmiş ise bu desteğin ayrıntılı bilgisi belirtilmelidir.

ÖZETLER ve ANAHTAR KELİMELER:

Türkçe ve İngilizce olarak çalışmanın tamamının anlaşılmasını sağlayacak şekilde özetlenmelidir. Özet içinde, ölçümler dışında kısaltmalar kullanılmamalıdır. Özeti altındaki paragrafta, indekse ve çalışmanın özüne uyumlu, 2–5 adet anahtar kelime verilmelidir.

Makalenin bölümleri YAZI ÇEŞİTLERİ bölümünde belirtilen şekilde hazırlanarak, makale metni içerisine yerleştirilmelidir.

TEŞEKKÜR:

Yazının hazırlanmasında dolaylı katkıları olanların katkılarını açıklayan ve onlara teşekkür ifade eden sade cümleler kullanılır.

KAYNAKLAR:

Metin içinde geçme sırasına göre numaralandırılan kaynaklar, metin içinde uygun yerde parantez içinde belirtilmelidir. Makalede bulunan yazar sayısı 3 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 4 veya daha fazla ise ilk 3 isim yazılıp “et al” eklenmelidir. Kaynak yazımı için kullanılan format Index Medicus'ta belirtilen şekilde olmalıdır (Bkz: www.icmje.org). **Kişisel deneyimler, basılmamış yayınlar, tezler ve resmi olmayan internet adresleri kaynak olarak gösterilemez.**

Kaynakların yazımı için örnekler (*Lütfen noktalama işaretlerine dikkat ediniz*):

Makale için: Yazarların soyadları ve isimlerinin baş harfleri, makale ismi, dergi ismi, yıl, volüm, sayfa numaraları belirtilmelidir. Örnek:

Dursun E, Gezen-Ak D, Eker E, et al. Presenilin-1 gene intronic polymorphism and late-onset Alzheimer's disease. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2008; 21: 268–273.

Güngen C, Ertan T, Eker E, ve ark. Standardize Mini Mental Testin Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13: 273–281

Kitap için: Yazarların soyadları ve isimlerinin baş harfleri, bölüm başlığı, editörlerin ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfa numaraları belirtilmelidir. Örnek:

Işık AT, Bozoğlu E. Üriner inkontinansında nonfarmakolojik yaklaşımlar. Editörler; Mas MR, Işık AT, Karan MA, Beğler T, Akman Ş, Ünal T. Geriatri, 1. baskı, Ankara, TGV Sağlık Malz. Ltd. Şti., 2008, 1320-1325

Kongre bildirileri için: Yazarların soyadları ve isimlerinin baş harfleri, bölüm başlığı, kongrenin ismi, düzenlenme tarihi ve yeri, Kongre Özet Kitabı sayfa numaraları belirtilmelidir. Örnek:

Işık AT, Bozoğlu E, Doruk H. Demanslı yaşlılarda memantin-galantamin kombinasyonunu etkinliğinin değerlendirilmesi, 6. Ulusal Geriatri Kongresi, 16–20 Ekim 2007, Antalya. Kongre Özet Kitabı 65-66

Resmi internet adresleri için:

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1270047>, Erişim tarihi: 01.01.2019

EDITORIAL POLICIES

GENERAL INFORMATION

The Journal of Geriatric Science is the official scientific publication of the Geriatric Science Association in Turkey published once in four months.

Its main topics are geriatrics syndromes, geriatric neuropsychiatry, approach to the elderly patient and biological basis of aging. The Journal of Geriatric Science aim to reach all national & international medical societies, institutions and personals, and to publish retrospective, prospective clinical studies or experimental researches, reviews, case reports, editorial comments, letters to the editor and current issues that determine medical agenda, that may be related with geriatric subjects' medical, mental, psychological, socioeconomic and environmental problems.

Articles submitted for publication should be neither published in any journal before nor submitted simultaneously to another journal. Presentations at scientific meetings may be accepted providing that this is declared in the article.

All articles submitted for publication undergo the review of the Editorial Board and at least two domestic-foreign reviewers before being accepted for publication.

In order to provide consistency to the publication rules of *The Journal of Geriatric Science*, Editorial Board may demand the authors to review, shorten or revise the articles submitted for publication.

After a manuscript is submitted to the journal for publication, no author can be removed from the author list without the written permission of all authors. Also, additions to or changes in the order of the author list are not possible after submission.

Submitted manuscripts, whether accepted or not, are not returned to the authors.

Neither the editors nor the publisher guarantees, warrants or accepts the responsibility of any statements and properties of commercial products advertised in this publication.

SUBMITTING AN ARTICLE

Article submission to *The Journal of Geriatric Science* is online. In order to submit an article, you click 'Submit Article' link in <http://dergipark.gov.tr/geriatrik> address. You also may follow up all the procedures related with your articles from this web site.

SCIENTIFIC RESPONSIBILITY

All authors should have contributed to the article directly either academically or scientifically and approved the final version. The convenience of the manuscripts to the scientific criteria is in the responsibility of the authors

The Journal of Geriatric Science accepts in advance the principles indicated in the Helsinki Declaration (<https://www.wma.net/policy/>) in all reported research involving 'Human beings'. In such a study, authors should state that they conducted the study in accordance with such principles in the Material and Methods section of article, 'Ethics Committee Approval Form' was obtained that the

study has been reviewed and ethically approved by the institutional ethical committee, and ‘Informed Consent Form’ was obtained from each participant.

All papers reporting experiments using animals must include a statement in the Material and Methods section of article giving assurance that all animals have received humane care in compliance with the Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) and indicating ‘Ethics Committee Approval Form’ was obtained that the study has been reviewed and ethically approved by the institutional ethical committee.

Case reports should be accompanied by Informed Consent Form whether the identity of the patient is disclosed or not.

If the proposed publication concerns any commercial product, the author must include in the cover letter a statement indicating that the authors have no financial or other interest in the product or explaining the nature of any relation (including consultancies) between the authors and the manufacturer or distributor of the product. 3

Contents of the articles published or accepted for publication in *The Journal of Geriatric Science* reflect only the ideas of the authors, and the manuscript that meets ethical criteria and its scientific content are under the responsibilities of the authors, but not the Editorial Board.

STATISTICAL ANALYSIS

All retrospective, prospective and experimental research articles must be evaluated in terms of biostatistics and it must be indicated together with appropriate planning, analysis and report.

LANGUAGE

The official languages of the Journals are Turkish and English.

COPYRIGHT STATEMENT

The publishers own the copyright of all published or accepted articles. All statements and opinions expressed in the published material herein are in the responsibility of the authors.

All manuscripts submitted must be completed and accompanied by the “Copyright Transfer and Author Declaration Statement form” that is available in <http://dergipark.gov.tr/geriatrik>.

CATEGORIES OF ARTICLES

Original Research Articles: The journal publishes prospective or retrospective, experimental and clinical (original) research article studies in clinics. Content:

- Abstract (about 250 words; the structured abstract contain the following sections: objective, material and methods, results, conclusion; Turkish and English)
- Introduction
- Material and Methods
- Results

- Discussion
- Conclusion
- Acknowledgements
- References

Review Articles: The authors may be invited to write or may submit a review article including the latest medical literature may be prepared on all medical topics. Authors who have published materials on the topic are preferred. Content:

- Abstract (about 250 words; without structural divisions; Turkish and English)
- Subtitles on related topics
- References

Case Reports: Brief descriptions of previously undocumented or rare diseases and syndromes a unique unreported manifestation or treatment of known diseases and syndromes, new diagnostic and therapeutic methods, or unique unreported complications of treatment regimens. They should be supported an adequate number of photos and figures. Content:

- Abstract (about 150 words; without structural divisions; Turkish and English)
- Introduction
- Case report
- Discussion
- References

Letters to the Editor: Replies, corrections, and erratum written criticizing or in contribution to the articles published in the journal within the last year may be published as "letter to the editor" after approval of the Editorial Board. These articles don't contain a topic and abstract, and should not exceed 500 words and be supplied with a maximum of five references. Submitted letters should include a note indicating the attribution to an article (with the number and date) and the name, affiliation and address of the authors at the end. Letters may be published together with a reply from the original author.

MANUSCRIPT PREPARATION

Authors should follow the below structural principles before submitting their material.

The article should be written in PC with Microsoft Word.

ABBREVIATIONS:

Abbreviations that are used all over the article should be defined in parenthesis where the word is first mentioned. For commonly accepted abbreviations and usage, please refer to Scientific Style and Format.

FIGURES, PICTURES, TABLES, AND GRAPHICS:

• **Tables:** Tables should be numbered with Roman numbers (Table I) according to the order of appearance in the text, and each table with its title (above the table) should be prepared in a separate page. The number of tables should be shown in parentheses in the most appropriate place in the text. Tables and number of tables, its titles, explanations, and abbreviations about tables should be prepared in a separate page and placed at the end of the article.

• **Figures, pictures, and photographs:** These should be numbered as figures with Arabic numbers (e.g. Figure 1) according to the order of appearance in the text, and their places should be marked in the most appropriate place in the text. Each figure and its title, explanations, abbreviations, and footnotes should be prepared in a separate page and placed at the end of the article (Figure legends).

- Figures, pictures/photographs must be added to the system as separate .jpg or .gif files

- All abbreviations used, must be listed in explanation of each figure, picture, table, and graphic.

- Pictures/photographs must be in color, clear and with appropriate contrast to separate details.

- For figures, pictures, tables, and graphics to be reproduced relevant permissions need to be provided. This permission must be mentioned in the explanation.

COVER LETTER:

The cover letter should include statements about manuscript category designation, single-journal submission affirmation (Not submitted simultaneously to another journal and conflict of interest statement), sources of outside funding, equipment (if so), approval for language for articles in English and approval for statistical analysis for original research articles.

TITLE PAGE:

The title page should include followings:

- A concise and informative title of the article (Turkish and English)
- All authors should be listed with academic degrees and affiliations
- Corresponding author's name, addresses, telephone and fax numbers, and e-mail
- If the study was presented in a congress, the authors should identify the date/place of the congress of the study presented.
- If present, detailed information about any financial support or grant from a scientific foundation.

ABSTRACTS and KEYWORDS:

The abstracts should be prepared as Turkish and English in accordance with the instructions in the "Categories of Articles". Type, aim, material and method, results, discussion and conclusions of the study should be summarized. Abbreviations except for measurements should not be used in the abstract.

The paragraph following the Abstract should include 2-5 key words, appropriate for indexing, PubMed and in accordance with the frame and summary of the article.

ACKNOWLEDGMENT:

Those who have indirect contributions to the preparation of manuscript are acknowledged explaining the kind of contribution in brief sentences.

REFERENCES:

References numbered according to the order of appearance in the text should be shown in parentheses in the most appropriate place, where mentioned first. If there are several (more than one) and consecutive references in the parentheses, they should be demonstrated by separating the first and last numbers with "-" [for instance (5-11)]. If there are several but not consecutive references in the parentheses, they should be demonstrated by separating each reference with "," [for instance (3,5,8)].

If there are three or less authors in a reference, all the authors should be written, however, if there are four or more authors, the first three should be given, and rest of the authors should be shown as "et al". Titles of the journals should be given as used in Index Medicus (see: www.icmje.org).

Personal experiences and declarations, unpublished papers, thesis and informal web page addresses cannot be given as reference. However, these may be mentioned in the text, if very necessary.

Some examples for demonstrating references (*please give attention to punctuation*).

For articles: Authors' surname and initials of authors' names, titles of article, journal name, date (year), volume number, and inclusive pages, must be indicated. Example:

Güngen C, Ertan T, Eker E, ve ark. Standardize Mini Mental Testin Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13: 273–281

Isik AT, Celik T, Ulusoy G et al.:Curcumin Ameliorates Impaired Insulin / IGF Signaling And Memory Deficit In Streptozotocin Treated Rat Model. Age, 2009;31:39-49.

For a chapter of a book: Authors' surname and initials of authors' names , chapter title, editor's name, book title, edition, city, publisher, date and pages. Example:

Reynolds EH. Folic acid, vitamin B12 and the nervous system: historical aspects. In: Botez MI, Reynolds EH, eds. Folic acid in neurology, psychiatry, and internal medicine. New York: Raven Press, 1979: 1–5.

For presentations at scientific meetings: Authors' surname and initials of authors' names, chapter title, congress's name, organization date and place, and pages of the Congress Abstract Book. Example:

Işık AT, Bozoğlu E, Doruk H. Demanslı yaşlılarda memantin-galantamin kombinasyonunu etkinliğinin değerlendirilmesi, 6. Ulusal Geriatri Kongresi, 16–20 Ekim 2007, Antalya. Kongre Özet Kitabı 65-66.

For official web addresses:

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1270047>, Access date: 01.07.2019

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Editörden

Editöryal / Editorial

- 81-83** **Yaşlı COVID-19 Hastalarında Tedavinin Güçlükleri ve Potansiyel İlaç Etkileşimleri**
The Challenges of COVID-19 Treatment in Older Patients and Potential Drug Interactions
Esra ATEŞ BULUT, Pınar SOYSAL, Ahmet Turan IŞIK

Araştırma Makalesi / Original Research

- 84-91** **Geriatrik Erkeklerde Nokturi ve Ayrıntılı Geriatrik Değerlendirme Parametreleri**
Nocturia and Comprehensive Geriatric Assessment Parameters in Older Men
Pınar SOYSAL, Lee SMITH, Ekrem DUTOGLU, Igor GRABOVAC, Nicola VERONESE, Ahmet Turan IŞIK
- 92-102** **Yaşlılık İnancı ve Yaşlılık İnancını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi**
An Investigation of the Belief About Old Age and Factors Affecting the Belief About Old Age
Şenay ÖZTÜRK, Yalçın KANBAY, Meryem FIRAT, Aysun AKÇAM, Burcu DEMİR
- 103-109** **Yaşlılarda Depresyon Düşme Sıklığı ile İlişkilendirilebilir mi?**
May Depression Be Associated with the Frequency of Falls in the Elderly?
Feyza MUTLAY, Neziha ULUSOYLAR ERKEN, Fatma Sena DOST GÜNAY, Derya KAYA, Ahmet Turan IŞIK
- 110-117** **Yaşlılarda Çift Görev Eğitimiyle Önerilen Ev Egzersizlerinin Fiziksel Aktivite Düzeyi, Yaşam Kalitesi ve Kinezyofobiyle İlişkisinin İncelenmesi**
Investigation of the Relationship of Recommended Home Exercises with Dual-Task Training for the Elderly with Physical Activity Level, Life Quality and Kinesiophobia
Ömer ŞEVGİN, Kerem ALPTEKİN
- 118-123** **Hipomagnezeminin Geriatrik Sendromlar ve Mortalite ile Birlikteliği**
Association of Hypomagnesemia with Geriatric Syndromes and Mortality
Cihan HEYBELİ, Pınar SOYSAL
- 124-131** **Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Geropsikiyatrik Hastalıklar ve Özellikleri: Retrospektif Bir Çalışma**
Characteristics of Geropsychiatric Diseases in Emergency Medical Services: A Retrospective Study
İshak ŞAN, Günseli UZUNHASANOĞLU, Birgül ÖZKAN
- 132-137** **Sağlık Çalışanlarının Yaşlı İstismarı Konusundaki Algısı ve Farkındalığının Araştırılması**
Investigation of Health Workers' Perception and Awareness Toward Elderly Abuse
Pınar SOYSAL, Semen Gökçe TAN

Derleme / Review

- 138-146** **Sosyal Belediyecilik Bağlamında Yaşlı Bakım ve Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezleri**
Elderly Care and Alzheimer's Day Care Centers in the Context of Social Municipality
Muhammed ŞENER , Hasan Hüseyin TEKİN
- 147-154** **COVID-19 Pandemisine Yönelik Gerontolojik Müdahale Önerileri**
Gerontological Intervention Recommendations for COVID-19 Pandemic
Işıl KALELİ

Editörden



Saygıdeğer bilim insanları,

Yaşlıların tüm yönleriyle değerlendirildiği çalışmaları içeren Geriatrik Bilimler Dergisinin yeni sayısında bir editöryal yedi araştırma makalesi ve iki derlemeyi sizlere ulaştırıyor olmanın memnuniyetini yaşıyoruz.

Editöryal yazımızda pandemiden ciddi bir şekilde etkilenen yaşlıların ilaç tedavisindeki zorluklar ve göz ardı edilmemesi gereken ilaç etkileşimlerine değinilmiştir.

Araştırma makalelerinde sırasıyla yaşlı erkeklerde noktüri ve geriatrik sendromlar ilişkisi, yaşlılık inancı ve etkileyen etmenler, yaşlılarda depresyon ve düşme ilişkisi, yaşlılarda ev egzersizlerinin çift görev eğitimiyle birlikte yapılmasının etkileri, hipomagnezemi ile geriatrik sendromlar ve mortalite ilişkisi, yaşlılarda acil bakım çağrısı gerektiren geropsikiyatrik hastalıkların özellikleri, sağlık çalışanlarında yaşlı istismarı farkındalığı üzerine araştırmaları sizlere ulaştırmış oluyoruz.

Derlemelerde ise sosyal belediyecilik ve Alzheimer gündüz yaşam merkezleri ve COVID-19 pandemisinde gerontolojik girişimlerin derlendiği iki yazıyı okuma fırsatı bulacaksınız.

Tüm bu çalışma ve derlemelerin, ilgili sağlık profesyonellerinin yaşlı hastaya bakışı ve uygulamaları üzerine faydalı olacağını düşünmekteyiz. Bundan sonraki sayılarımız için, bilimin ve klinisyenlerin ufkunu açacak çalışmalarınızı Geriatrik Bilimler Dergisine bekliyoruz.

Saygılarımla,

Ahmet Turan IŞIK
Editör

The Challenges of COVID-19 Treatment in Older Patients and Potential Drug Interactions

Yaşlı COVID-19 Hastalarında Tedavinin Güçlükleri ve Potansiyel İlaç Etkileşimleri

Esra Ateş Bulut¹, Pınar Soysal², Ahmet Turan Işık³

¹Adana State Research and Training Hospital, Department of Geriatric Medicine, Adana, Turkey

²Bezmialem Vakıf University, Department of Geriatric Medicine, İstanbul, Turkey

³Dokuz Eylül University, Department of Geriatric Medicine, İzmir, Turkey

COVID-19, araştırmaların ileri yaş, erkek cinsiyet ve komorbiditenin daha şiddetli hastalık ve ölüm riski ile ilişkili olduğunu bildirdiği yeni bir koronavirüs hastalığıdır. Ne yazık ki, herhangi bir potansiyel tedavinin COVID-19 teşhisi konan hastalarda sonuçları iyileştirdiğine dair yeterli destekleyici kanıt yoktur. Şu anda en popüler potansiyel tedavi seçeneklerinden biri hidrosiklorokindir. Ancak hidrosiklorokin, QTc uzaması ile birlikte olası torsades de pointes riski, hipoglisemi, nöropsikiyatrik etkiler, retinopati gibi ciddi yan etkilere (<10%) neden olabilmektedir. Bu nedenle, hidrosiklorokin tedavisi sırasında dikkatli izlem gereklidir ve COVID-19'u tedavi etme potansiyeline sahip güvenli ve etkili ilaçların geliştirilmesine acil ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, ilaç etkileşimleri, hidrosiklorokin, yaşlı, polifarmasi

COVID-19 is a new Coronavirus disease that researchers have reported older age, male gender, and comorbidity are associated with a higher risk of severe disease and mortality. Unfortunately, there is no sufficient supporting evidence that any potential therapy improves outcomes in patients diagnosed with COVID-19. Currently, one of the most popular potential treatment options is hydroxychloroquine. However, it also has serious adverse effects (<10%), including QTc prolongation with a possible risk of torsades de pointes, hypoglycemia, neuropsychiatric effects, and retinopathy. Therefore, careful monitoring is required during hydroxychloroquine treatment, and there is an urgent need to develop safe and effective drugs to treat COVID-19 potentially.

Keywords: COVID-19, drug interactions, hydroxychloroquine, older adults, polypharmacy

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Esra Ateş Bulut¹

E-posta / E-mail: esraates@yahoo.com

Adres / Address: Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Kliniği, Yüreğir, Adana

Telefon / Phone: +90 322 344 03 05

Geliş Tarihi / Received: 12.10.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 21.10.2020

INTRODUCTION

The COVID-19 virus infection developed into a pandemic in the short span of 3 months up, has become the main agenda topic throughout the world. Regarding the topic, scientists are making an intense effort to minimize the effects of the pandemic. The infection is more severe in its current form, particularly in older adults, males, and those with chronic diseases, such as hypertension, diabetes mellitus, pulmonary disease, cardiovascular disease, even causing death [1]. As known to all, the number of geriatric syndromes, accompanying conditions, and multidrug use due to these comorbidities are common in elderly patients, whereas the ability to maintain homeostasis and functional capacity decline with aging. As a result, elderly patients predispose to new comorbidities and atypical presentations and are vulnerable to adverse drug effects [2]. Therefore, the treatment of COVID-19 infections is getting harder in these patients.

Moreover, since there is no sufficient supporting evidence from clinical trials that any potential therapy improves outcomes in patients with COVID-19, all pharmacological agents used in COVID-19 infection are experimental, and none of which have been approved by the United States Food & Drug Administration (FDA). Currently, the potential treatment options target viral entry, replication, and immune regulatory pathways. Current therapies, including remdesivir, hydroxychloroquine and chloroquine, and interleukin (IL)-6 inhibitors, are being used off-label and evaluated in ongoing clinical trials.

Hydroxychloroquine for the treatment of COVID-19

One of the most popular treatment options for the COVID-19 is hydroxychloroquine, which is used to treat malaria, lupus, erythematosus and rheumatoid arthritis. Hydroxychloroquine is considered a possible antiviral drug by affecting membrane fusion and endocytosis, leading to immunomodulation through

cytokine production and inhibition of autophagy and lysosomal activity [3]. However, the results of the studies investigating the safety and effectivity of the drug are conflicting [4,5]. Additionally, it has serious adverse effects (<10%), including QTc prolongation with a possible risk of torsades de pointes, hypoglycemia, neuropsychiatric adverse effects, and retinopathy. ECG monitoring is advised to patients, and reduction in the dose or discontinuation should be considered with QTc >500ms or an increase in QTc >60ms, and caution is suggested if used together with other drugs that prolong QTc [6]. Accordingly, antidepressants, antipsychotics, antibiotics, and antifungals can interact with hydroxychloroquine through QTc prolongation. The potential drug interactions with hydroxychloroquine are [7,8].

- Anticonvulsants including phenytoin, phenobarbital, primidone, carbamazepine induce CYP3A4 and may significantly decrease hydroxychloroquine concentrations, and coadministration is not advised.
- No interaction was reported with sertraline, duloxetine, doxepin, bupropion, which are likely to be safest among antidepressants.
- Rifampicin, ampicillin, azithromycin, clarithromycin, erythromycin, fluoroquinolones, trimethoprim/sulfamethoxazole have potential interaction with hydroxychloroquine.
- Chloroquine and hydroxychloroquine inhibit CYP2D6, which may increase beta-blocker exposure and risk of bradycardia, PR interval prolongation, and atrioventricular block [6]. Calcium-channel blockers also prolong the PR interval. No interaction is expected by angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors and angiotensin receptor blockers (ARB). However, diuretics, including hydrochlorothiazide, furosemide, indapamide may cause electrolyte

disturbances and thereby increase the risk of QT prolongation; thus, caution and electrolyte monitoring is needed.

- As hydroxychloroquine may enhance the effects of a hypoglycaemic treatment, a decrease in doses of insulin or antidiabetic drugs may be required.
- Clinically significant interaction is unlikely with statins, clofibrate, and ezetimibe.
- No interaction was reported with commonly used drugs in patients with major neurocognitive diseases, including acetylcholinesterase inhibitors, NMDA Receptor antagonists, sedatives, anxiolytics (GABA receptor agonists).

In the light of current evidence; except in the context of a clinical trial, National Institute of Health (NIH) COVID-19 treatment guidelines recommends against the use of chloroquine or hydroxychloroquine except in a clinical trial and high dose chloroquine (600 mg twice daily for ten days) for the treatment of COVID-19 [9]. As the latest development, the FDA has also revoked the emergency use authorization to use hydroxychloroquine and chloroquine to treat COVID-19 except for clinical trials [10]. Furthermore, the clinicians should be aware that among experimental COVID-19 therapies, chloroquine and hydroxychloroquine may have a negative effect on the course of the disease due to their potential drug interactions in older adults. Therefore, the studies' results should be interpreted with caution because there are big differences in the studies regarding the severity of the disease, sample size, viral loads, and treatment regimens of the patients. Many drug classes such as antidepressants, anticonvulsants, antihypertensives have the potential to interact with hydroxychloroquine. Accordingly, careful monitoring of older patients is required during hydroxychloroquine treatment.

CONCLUSIONS

There is an urgent need to develop safe and effective drugs to treat COVID-19 potentially. During this time, attention should be paid to the older adults' treatment regimens, and health care professions should be vigilant for potential adverse drug reactions.

Conflict of interest and Funding

The authors have no relevant affiliations or financial involvement with any organization or entity with a financial interest in or financial conflict.

This paper was not funded.

REFERENCES

1. Chan KW, Wong VT, Tang SCW. COVID-19: An Update on the Epidemiological, Clinical, Preventive and Therapeutic Evidence and Guidelines of Integrative Chinese-Western Medicine for the Management of 2019 Novel Coronavirus Disease. *The American journal of Chinese medicine*. 2020 Mar; 13:1-26.
2. Ates Bulut E, Soysal P, Isik AT. Frequency and coincidence of geriatric syndromes according to age groups: a single-center experience in Turkey between 2013 and 2017. *Clinical interventions in aging*. 2018; 13:1899-1905.
3. Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, et al. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*. 2020 May; 323(18):1824-1836
4. Taccone FS, Gorham J, Vincent JL. Hydroxychloroquine in the management of critically ill patients with COVID-19: the need for an evidence base. *Lancet Respir Med*. 2020 Jun ;8(6):539-541.
5. Geleris J, Sun Y, Platt J, et al. Observational Study of Hydroxychloroquine in Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med*. 2020 Jun; 382(25):2411-2418.
6. Dixon DL, Van Tassel BW, Vecchie A, et al. Cardiovascular Considerations in Treating Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Journal of cardiovascular pharmacology*. 2020 May;75(5):359-367.
7. <https://www.covid19-druginteractions.org/>. Accessed in 6th July 2020.
8. Lexicomp® Drug Interactions. <https://www.uptodate.com/drug-interactions/#di-druglist>. Accessed in 7th July 2020.
9. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. Accessed in 6th July 2020.
10. U.S. Food & Drug Administration News Release: Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Revokes Emergency Use Authorization for Chloroquine and Hydroxychloroquine. Available at <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-revokes-emergency-use-authorization-chloroquine-and-hydroxychloroquine>. Accessed in 18th June 2020.

Nocturia and Comprehensive Geriatric Assessment Parameters in Older Men

Geriatric Erkeklerde Nokturi ve Ayrıntılı Geriatrik Değerlendirme Parametreleri

Pınar Soysal¹, Lee Smith², Ekrem Dutoğlu³, Igor Grabovac⁴,Nicola Veronese⁵, Ahmet Turan Işık⁶¹Bezmialem Vakıf University, Faculty of Medicine, Department of Geriatric Medicine, Istanbul, Turkey²The Cambridge Centre for Sport and Exercise Sciences, Anglia Ruskin University, Cambridge, United Kingdom³Kayseri Education and Research Hospital, Department of Internal Medicine, Kayseri, Turkey⁴Medical University of Vienna, Department of Social and Preventive Medicine, Centre for Public Health, Vienna, Austria⁵Azienda ULSS 3 Serenissima, Primary Care Department, Venice, Italy⁶Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, Department of Geriatric Medicine, Izmir, Turkey**Amaç:** Bu çalışmanın amacı yaşlı erkeklerde nokturi ile geriatrik sendromlar arasındaki ilişkiyi ve ayrıntılı geriatrik değerlendirme parametreleri (AGD) göstermektir.**Gereç ve Yöntemler:** Bu kesitsel çalışmaya AGD uygulanan toplam 397 daha yaşlı ayakta hasta erkek dahil edildi. Nokturi değişkeni için, "Genel olarak, son 30 gün içinde, gece uyuduktan sonra sabah kalkana kadar genellikle kaç kez idrara çıktınız?" sorusu kullanılmıştır.**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı 75,6±8,1 idi. Nokturi sıklığı ile ilaç sayısı, Kalk ve Yürü testi, İnsomnia Şiddet Skoru arasında pozitif ($p<0,05$); Mini Nutrisyon Değerlendirmesi (MNA), Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri (TGYA), Tinetti toplam skoru ve el kavrama gücü arasında negatif ($p<0,05$) korelasyon vardı. 0, ≥ 1 , ≥ 2 , ≥ 3 ve ≥ 4 noktural epizodlu hastaların prevalansı sırasıyla %11,6, %88,4, %70,5, %47,3 ve %25,4 idi. Nokturi ≥ 2 olan hastalar, noktürisi 1 olan hastalara kıyasla daha düşük MNA skorlarına ve daha yüksek düşme riski, depresyon ve dinapeni gösterdiler. 2 nokturi epizodlarına göre ≥ 3 nokturi atakları ile daha yüksek uykusuzluk, depresyon, kırılabilirlik, dinapeni, daha düşük TGYA ve beslenme durumu oranları vardı ($p<0,05$).**Sonuç:** Nokturi yaygındır ve yaşlı erkeklerde dinapeni, uykusuzluk, kırılabilirlik, polifarmasi, inkontinans, artmış düşme riski ve depresyon ile ilişkilidir. Bu nedenle nokturi, geriatri pratiği için önemlidir ve ≥ 3 nokturi atakları, yaşlı erkeklerde kötü sağlık durumunun bir belirteci olarak kullanılabilir.**Anahtar kelimeler:** Nokturi, ayrıntılı geriatrik değerlendirme, kas gücü, uykusuzluk**Aim:** The aim of this study was to demonstrate the relationship between nocturia and geriatric syndromes, and comprehensive geriatric assessment parameters (CGA) in older men.**Material and Methods:** A total of 397 older outpatient men who had undergone CGA were included in this cross-sectional study. For the nocturia variable, the question, 'Generally, during the past 30 days, how many times did you usually urinate after you have gone to sleep at night until the time you got up in the morning?' was used.**Results:** The mean age of patients was 75.6 ± 8.1. There was a significant positive correlation between the frequency of nocturia and number of drugs, Timed-up Go, and Insomnia severity score ($p<0,05$), while there was a significant negative correlation between Mini Nutritional Assessment, Basic activities of daily living (BADL) and Tinetti total score, and hand grip strength ($p<0,05$). The prevalence of patients with 0, ≥ 1 , ≥ 2 , ≥ 3 , and ≥ 4 nocturnal episodes was 11.6%, 88.4%, 70.5%, 47.3% and 25.4%, respectively. Patients with nocturia ≥ 2 had lower MNA scores and had a higher fall risk, depression, and dynapenia compared to patients with nocturia ≤ 1 . There were higher rates of insomnia, depression, frailty, dynapenia, lower BADL and nutritional status with ≥ 3 nocturia episodes compared to ≤ 2 nocturia episodes ($p<0,05$).**Conclusions:** Nocturia is common and associated with dynapenia, insomnia, frailty, polypharmacy, incontinence, increased fall risk and depression in older men. Therefore, nocturia is important for geriatric practice and ≥ 3 nocturia episodes may be used as a marker of poor health status in older men.**Keywords:** Nocturia, comprehensive geriatric assessment, muscle strength, insomnia**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Pınar Soysal, Associate Prof. **E-posta / E-mail:** dr.pinarsoysal@hotmail.com**Adres / Address:** Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Geriatri Bilim Dalı, Adnan Menderes Bulvarı, Vatan Cad., Fatih, İstanbul, Türkiye**Telefon / Phone:** +90 212 453 17 00**Geliş Tarihi / Received:** 04.11.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 10.12.2020

INTRODUCTION

Nocturia is one of the most common lower urinary tract symptoms in older people [1]. Studies have shown that 69 to 93% of men over 70 years of age have at least one time of urination per night and 29 to 59% have at least twice per night [2]. Although age is the most important risk factor for nocturia, the frequency of nocturia also varies between genders. While it is more common in the female gender in young adults, it is more common in the male gender in older adults [3]. The primary causes of nocturia include reduced bladder capacity, increased fluid intake, increased diuresis, comorbidities [1,2]. Factors such as decreased urinary bladder capacity, detrusor overactivity, reduced ability to delay micturition with increasing age may also explain the increase in the frequency of nocturia in older people [3,4]. In men, benign prostatic hyperplasia (BPH), prostate cancer, and low testosterone levels; in women, nocturia frequency due to gender-specific causes such as multiparity, estrogen deficiency may account for some of the variability in the risk of developing nocturia between genders [4,5]. Therefore, nocturia may have different clinical results between gender, not only due to these urological differences but also anthropometric differences, changes in gait patterns, and physical activity levels [6].

However, although nocturia is a major problem affecting older people, the importance of nocturia and its frequency in geriatric practice is not yet known. A recent study that included only older women shed light on this topic and revealed that ≥ 2 nocturia episodes per night was associated with recurrent falls, polypharmacy, insomnia, decreased walking speed, while ≥ 3 nocturia was found to be associated with decreased Instrumental Activities of Daily Living and ≥ 4 nocturia was related to frailty [5]. However, there is no such study for older men.

Therefore, the aim of the present study was to evaluate the relationship between the frequency of nocturia and geriatric syndromes and comprehensive geriatric assessment (CGA) parameters, to determine the clinical implications of nocturia in older men.

MATERIAL AND METHODS

Patients

A total of 397 male patients admitted to one geriatrics outpatient clinic in Turkey were included in the study. The investigation was in accordance with the Helsinki Declaration and approved by Kayseri Erciyes University Clinical Research Ethics Committee (18.07.2018 – 2018/376). Informed consent was given by each participant or a legal guardian before participating in the study.

Patients with severe disease likely to severely impair their general health status (with an expected life time < 6 months) such as acute cerebrovascular event, sepsis, acute renal failure, acute coronary syndrome and acute respiratory failure; female patients; patients under 65 years; patients who did not accept CGA; patients with active malignancy and a history of urinary tract cancer, such as kidney, pelvis and bladder cancer, even in complete remission; and patients with urinary catheters; patients who had urinary catheters; patients who had lower urinary tract infections symptoms such as fever, lower abdomen discomfort, frequent and painful urination, or uropathology such as urinary stones, were excluded. Moderate (Clinical Dementia Rating Scale 2) and severe dementia (Clinical Dementia Rating Scale 3) patients were also excluded as their self-reports based on memory will likely be unreliable for nocturia questions.

Patients' Characteristics

Age and educational level of the patients were recorded. The use of five or more drugs was regarded as polypharmacy [7,10]. The comorbidity status of the patients was also

appraised using the Charlson Comorbidity Index.

Comprehensive Geriatric Assessment

CGA was given to all participants, including Mini-Mental Status Examination and Geriatric Depression Scale-15, Basic and Instrumental Activities of Daily Life (BADL and IADL), Mini Nutritional Assessment, and Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment and Timed Up and Go test (TUG) for gait and balance function [9]. TUG score ≥ 13.5 seconds was considered to be at risk of falling [10].

Handgrip test of the dominant hand (mean of 3 measurements) was measured with Jamar hand dynamometer and dynapenia was defined as handgrip strength < 27 kg whereas the diagnosis of sarcopenia was identified [11]. Frailty was specified by the size of the 5 frailty phenotypes, including shrinkage, exhaustion, low levels of physical activity, weakness and slowness. Subjects with 0 criteria were considered to be no-frail, 1-2 prefrail and ≥ 3 frail [9]. Insomnia Severity Index (ISI) was applied to all patients and a ISI scores ≥ 8 determined insomnia [12]. Urinary incontinence was defined as involuntary leakage in the last 3 months except when urinary tract infection was present [13]. The fall was considered positive if the patient had fallen at least once times in the previous year, with the exception of being attached to a carpet and sliding on the wet floor. Pain was appraised by the patient's response to the following questions: Does any part of your body hurt? 'or 'What prevents you from doing what you want to do?' [5].

Assessment of Nocturia

For the nocturia variable, we asked the question "*Generally, during the past 30 days, how many times do you usually urinate after you have gone to sleep at night until the time you got up in the morning?*" The wording of the question shows strong agreement with the (ICS) definition of nocturia [14]. Response

options ranged from 0 to 3 or 4 or more per night [5].

Statistical Analyses

Data were analysed using SPSS, version 22. Descriptive statistics were categorised as mean \pm standard deviation. When the number of groups was 2, the significance of differences between the groups with regard to averages was inquired by Mann-Whitney test. When the number of groups was more than 2, significance was inquired by analysis of variance and Kruskal-Wallis test. Nominal variables were appraised by Pearson chi-square or Fisher's exact test. Logistic regression was used to evaluate the relationship between CGA parameters and each nocturia group (≥ 1 , ≥ 2 , ≥ 3 , and ≥ 4) according to 0 (no nocturia), ≤ 1 , ≤ 2 , and ≤ 3 , respectively. Spearman's correlation was performed to reveal if the severity of nocturia is associated with geriatric parameters or not. Post-hoc analysis was also applied. Results were considered statistically significant for $P < 0.05$. The sample size required was calculated as at least 278 patients with an acceptable 5% and 95% confidence level error.

RESULTS

The mean age of the 397 patients was 75.6 ± 8.1 years. At first, nocturia was categorized 1, 2, 3, or 4 or more times per night. The prevalence of patients without nocturia was 11.6%. The prevalence of patients reporting one, two, three and four or more times of nocturia episodes was 17.9%, 23.2%, 21.9%, and 25.4%, respectively. The patients' characteristics, comorbidities, and geriatric syndromes, and CGA parameters are seen (Table I). There was a remarkable difference between the groups in terms of age, education, presence of hypertension, depression, insomnia and urinary incontinence ($p < 0.05$). Only nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) were considerably higher in patients with three or more episodes of nocturia ($p < 0.05$). There

Table I. Patients characteristics

NOCTURIA GROUP (n=397)						
	0	1	2	3	≥ 4	p
Age (years)	74.9±7.2	74.9±8.4	76.2±7.6	73.6±7.4	77.3±8.8	0.045
Education (years)	6.7 ±3.8	7.1±4.3	6.0±4.7	5.9 ±4.5	4.4±3.4	<0.001
Body Mass Index (kg/m ²)	27.8 ±4.4	28.0±3.9	28.9±4.4	29.8±7.3	29.7±8.8	0.537
CCI	0.8±0.8	1.0±2.0	0.9±1.0	1.0±1.4	1.1±1.0	0.233
Number of Drugs	3.9 ±3.4	4.3±3.5	4.5±3.4	4.2±3.4	5.0±3.2	0.153
COMORBIDITIES (%)						
Cerebrovascular Events	10.9	7.0	7.6	6.9	12.9	0.551
Diabetes Mellitus	34.8	35.2	34.8	36.8	39.6	0.957
Ischemic Heart Disease	15.2	23.9	25.0	23.0	31.7	0.288
Congestive Heart Failure	4.3	11.3	9.8	8.0	8.9	0.764
Hypertension	37.0	59.7	51.1	65.5	58.4	0.023
COPD	6.5	5.6	13.0	13.8	12.9	0.349
Chronic Kidney Disease	12.3	14.6	24.3	30.2	45.4	
Osteoarthritis	13.0	12.7	18.5	10.3	12.0	0.566
Parkinson's Disease	8.7	4.2	5.4	8.0	6.9	0.826
Benign Prostatic Hyperplasia	10.9	21.1	30.4	25.3	22.8	0.138
GERIATRIC SYNDROMES (%)						
Dementia	6.7	18.3	8.7	10.6	19.0	0.080
Insomnia	31.8	38.0	34.0	58.7	69.6	<0.001
Falls	21.7	23.9	25.3	24.1	34.0	0.410
Depression	20.9	23.0	9.8	18.7	28.2	0.044
Polypharmacy	37.8	42.0	45.1	40.0	54.5	0.223
Pain	70.6	65.7	70.3	66.5	73.9	0.279
Frailty	28.6	24.5	19.2	21.3	32.9	0.287
Dynapenia	34.2	38.5	37.6	41.3	47.3	0.599
Malnutrition	10.5	9.2	7.9	5.1	15.2	0.243
Sarcopenia	18.3	20.2	21.9	22.9	24.1	0.388
Orthostatic Hypotension	23.9	33.8	29.1	33.9	34.6	0.440
Urinary Incontinence	19.6	19.7	31.9	33.3	67.3	<0.001
COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT						
Tinetti Gait	13.9±4.4	14.8±2.6	14.6±2.8	14.2±3.1	13.8±4.1	0.068
Tinetti Balance	10.2±3.7	11.0±2.2	11.1±2.4	10.9±2.8	10.4±3.1	0.434
Tinetti Total	24.1±8.0	25.8±4.7	25.9±4.3	25.1±5.6	24.2±6.8	0.096
TUG	10.4±10.8	11.8±11.4	12.2±6.9	12.8±10.9	17.7±9.9	<0.005
Hand Grip Strength	28.3±9.6	30.3±9.2	31.7±8.7	29.8±8.7	26.6±9.4	0.020
Basic ADL	88.3±21.6	91.5±12.9	93.3±10.8	89.0±16.1	81.7±20.3	<0.001
Instrumental ADL	17.09±6.7	18.0±5.7	18.3±5.0	17.9±10.8	15.1±7.1	0.051
GDS	3.8±4.6	3.0±3.9	2.1±2.8	3.1±4.0	3.7±4.2	0.275
MMSE	25.5±4.3	25.2±3.9	25.2±4.4	24.9±4.0	23.6±6.6	0.546
MNA	24.3±4.7	24.8±4.4	25.1±4.3	25.0±3.5	23.2±5.5	0.081
Fried Score	1.5±1.7	1.2±1.4	1.1±1.3	1.2±1.3	1.6±1.7	0.415
Insomnia Severity Index	6.2±7.3	8.7±8.7	7.5±7.2	12.5±8.8	13.9±9.1	<0.001

BADL: Barthel Index of Activities of Daily Living; CCI: Charlson Comorbidity Index; COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease; GDS: Geriatric Depression Scale; ADL: Activities of Daily Living Scale; MMSE: Mini-Mental State Examination. MNA: Mini Nutritional Assessment; TUG: Timed Up And Go Test.

*All the significant values are different between ≥4 nocturia groups and the other groups

was no difference between the groups in terms of urine and blood laboratory findings except GFR ($p > 0.05$). The 5 groups were compared

for CGA parameters and lower BADL scores, lower hand grip strength, and higher TUG and ISI scores were observed in patients with 4 or

more nocturia episodes compared to patients with 0, 1, 2 and 3 episodes ($p < 0.05$). Significant differences persisted when the groups were adjusted for age, educational level, GFR and urinary incontinence ($p < 0.05$).

The prevalence of patients with ≥ 1 , ≥ 2 , ≥ 3 and ≥ 4 was 88.4%, 70.5%, 47.3% and 25.4%, respectively. Patients with nocturia ≥ 2 had a lower MNA scores (OR:1.4, 95% CI: 1.1-1.9, $p < 0.05$) and had a higher fall risk (OR:2.3, 95% CI:1.1-5.4, $p < 0.05$), depression (OR:5.1, 95% CI:1.1-24.6, $p < 0.05$), and dynapenia (OR:1.1, 95% CI:3.1-8.9, $p < 0.05$) compared to patients with nocturia ≤ 1 , even after adjustment for age, educational level, and GFR. Those with nocturia ≥ 3 had a risk of depression (OR:3.2, 95% CI:1.04-9.9, $p < 0.05$), dynapenia (OR:4.9, 95% CI:1.4-15.6, $p < 0.05$), and frailty (OR:3.8, 95% CI:1.2-12.3), $p < 0.05$), higher ISI scores (OR:1.2, 95% CI:1.1-1.2, $p < 0.05$), and lower MNA scores and BADL scores (OR:1.3, 95% CI:1.0-1.7, $p < 0.05$; OR:0.9, 95% CI:0.8-1.0, $p < 0.05$, respectively), compared to patients with ≤ 2 nocturia, after adjustment for age, educational level, incontinence and GFR. There are no differences between ≤ 4 nocturia group and ≤ 3 nocturia group ($p > 0.05$). Odd Ratios are shown (Table II).

There was a significant positive correlation between the frequency of nocturia and number of drugs, TUG scores, and ISI scores ($p < 0.05$) while there was a significant negative

correlation between MNA, BADL and Tinetti total score, and hand grip strength ($p < 0.05$).

DISCUSSION

In this study, nocturia was found to be quite common in older men and there was a relationship between some geriatric syndromes and CGA parameters depending on the frequency of nocturia. Especially in those with nocturia episodes of 3 or more, it has been shown that dependence in basic daily living activities increases with decreased gate speed and decreased hand grip. Moreover, in older men, ≥ 2 nocturia episodes was associated with polypharmacy, depression, dynapenia, low MNA scores, and high fall risk. Those with ≥ 3 nocturia was associated with insomnia, dynapenia, frailty, depression, low nutritional status and functionality.

It is well known in both women and men that nocturia and its frequency increases with age. However, previous studies showed that the number of nocturia episodes is more important for possible adverse clinical outcomes than for the presence of nocturia [5]. Moreover, the results are also affected by gender differences. Therefore, this study was carried out only with the participation of older men and was classified according to nocturia status ≥ 1 , ≥ 2 , ≥ 3 , and ≥ 4 . Only a small proportion (11.6%) of participants did not wake up to void at night, 88% had at least one nocturia episode and 70.5% at least two. These results are akin to

Table II. Associations between comprehensive geriatric assessment parameters and nocturia groups

	≥ 1 void/night (n:351)		≥ 2 void/night (n:280)		≥ 3 void/night (n:188)		≥ 4 void/night (n:101)	
	OR (%95 CI)	p	OR (%95 CI)	p	OR (%95 CI)	p	OR (%95 CI)	p
Polypharmacy	---	---	1.5 (1.1-2.2)	0.027	---	---	---	---
MNA scores	---	---	1.4 (1.1-1.9)	0.008	1.3 (1.0-1.7)	0.026	---	---
ISI score	---	---	---	---	1.2 (1.1 - 1.3)	0.004	---	---
Frailty	---	---	---	---	3.8 (1.2-12.3)	0.025	---	---
High fall risk	---	---	2.3 (1.1-5.4)	0.049	---	---	---	---
Dynapenia	---	---	3.1 (1.1-8.9)	0.034	4.9 (1.4-15.6)	0.04	---	---
Depression	---	---	5.1 (1.1-24.6)	0.042	3.2 (1.04-9.9)	0.043	---	---
Barthel score	---	---	---	---	0.9 (0.8-1.0)	0.044	---	---

OR: Odd Ratio; ISI: Insomnia Severity Index; MNA: Mini Nutritional Assessment

*Adjusted for age, educational level, incontinence and GFR.

previous study findings. In a review published by Bosh et al., the rate of 1 and more voiding was 68.9% -93%, while 2 and more was 29%-59.3% in older men respectively [2,15]. In the present study, the findings that almost one in two people had 3 or more episodes of nocturia and one in four people had nocturia episodes 4 or more times reveals how prevalent and thus clinically important nocturia is for older men. Although there are very few other studies examining the frequency of ≥ 3 and ≥ 4 nocturia episodes per night, Endeshaw et al. found that the prevalence of ≥ 3 nocturia episodes was 22.3% in older men [15]. However, despite this high prevalence, the importance of nocturia in geriatric administration is not fully understood. Therefore, the present study investigated the relationship between nocturia and geriatric syndromes in older men for the first time.

Nocturia, a multifactorial syndrome, was found to be affected by hypertension, decreased GFR level, and the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs only. Hypertension may be associated with nocturia owing to its effects on glomerular filtration and tubular transport [16]. The kidneys cause more urine production in hypertensive patients than those without hypertension, owing to a greater sodium production at night [17]. Although it is known that antihypertensive agents used, especially diuretics, can also cause nocturia, this was not observed in the present study [18]. This may be due to diuretics' application in the morning or midday in the clinical practice where data collection took place. When the relationship between NSAIDs and nocturia development was examined, it was observed that the results of the study are contradictory. However, two major studies in men found that these drugs exacerbate lower urinary tract symptoms, including nocturia [19,20].

Decreased bladder capacity, increased residual volume after voiding, detrusor overactivity, and BPH account for the development of both nocturia and incontinence in older men. For this reason, these two lower urinary tract

symptoms should be appraised together and both conditions should be questioned when assessing the response to treatment [1,21]. Another important point here is that, since in most of the studies carried out on nocturia, urinary incontinence is not assessed simultaneously, it is not clear whether the outcomes result from nocturia or urinary incontinence [22,23]. Consequently, unlike the previous studies, the outcomes of this study were adjusted according to incontinence, and the clinical significance of nocturia in geriatric patients was clearly indicated.

Although the relationship between insomnia and nocturia is well known, it is not clear whether it causes nocturia or vice versa. In several studies, the use of antimuscarinic drugs and desmopressin decreased the number of nocturia episodes by increasing sleep time and quality; In other words, nocturia has been shown to be the cause of insomnia [24]. More nocturnal voiding can cause more sleep disturbances. The present study supports Asplund, who reported that patients with three or more nocturnal episodes (vs. 2 nocturnal) experienced more sleep disturbances [18]. Similar to insomnia, the relationship between depression and nocturia is complex, and the cause-effect relationship is difficult to resolve. On the one hand, depression causes negative effects on the perception, development and duration of lower urinary tract symptoms [25]. On the other hand it can cause depressive symptoms due to factors such as nocturia, sleep interruption and decreased work productivity [25]. However, in a 2-year follow-up study of 866 older people without depression initially, it was shown that depression developed more in patients with ≥ 2 nocturia, as in the present study [26].

For the first time in our study, in older men, ≥ 2 nocturia episodes were compared with dynapenia and increased risk of falls; ≥ 3 nocturia was found to be related to frailty and worsening functional capacity (low BADL scores), all of which can be considered as

indicators of physical frailty and poor health [27]. In frailty, many changes in the urinary system due to aging may be more serious. For example, a study evaluating frailty with low gait speed found that overactive bladder was higher in frail patients, regardless of age [28]. Another study found an association between high International Prostate Symptom Score and increased frailty prevalence in community-dwelling older males [29]. However, in patients with numerous nocturnal episodes, increased insomnia and depression may cause patients to participate in lesser daily activities to protect themselves, which decreases their physical function over time. This can be reflected in the geriatric evaluation as a reduction in gait speed and muscle strength. In fact, two large studies have shown that ≥ 3 nocturia episodes cause increased mortality in older men, proving that nocturia is an indicator of poor health status and indirectly supports our results [29,30].

To the best of our knowledge, there is no other study showing the relation between polypharmacy and nocturia in older men. However, in a similar study of geriatric female patients the risk of polypharmacy was found to be greater in patients with ≥ 4 nocturia, regardless of the type of medication used, likely owing to increased drug interactions and untoward drug reactions as the number of drugs used by older people increases [7]. This may be another reason why some anticholinergic drugs such as antidepressants, antipsychotics, and bronchodilators are likely to cause detrusor over activation [7]. Therefore, before starting treatment, clinicians evaluating nocturia should also question polypharmacy.

Strengths of the present study include the ability to rule out the influence of gender-related hormonal and structural factors on the observed associations, owing to a focus on older men only. Moreover, urinary incontinence was assessed simultaneously and thus controlling its influence on the

investigated parameters. Findings from this study should be interpreted in light of its limitations. First, the present study is of a cross-sectional nature, and thus direction of observed associations cannot be assumed. Second, patients were not asked to complete the three-day frequency volume charts and nocturnal polyuria, and low nocturnal bladder capacity was not evaluated. Third, nighttime fluid intake and coffee or alcohol intake were not evaluated.

CONCLUSION

Nocturia, which is associated with insomnia, frailty, polypharmacy, dynapenia, incontinence, worsening functional capacity and nutritional status, high fall risk, and depression is very common and in older men. Therefore, clinicians may wish to consider these negative health parameters associated with nocturia when assessing older men, especially with those who have 2 or 3 and more nocturnal episodes per night. ≥ 3 nocturia episodes may be a clinical marker of poor health status, since such patients are more likely to have adverse geriatric results. As the assessment of nocturia in older men is quite significant for geriatric practice, nocturia and the frequency should be part of comprehensive geriatric assessment.

Conflict of Interest and Funding

The authors declare no conflict of interest.
The study was not funded.

Ethics Committee Approval

The study was initiated after obtaining approval from the Kayseri Erciyes University Clinical Research Ethics Committee (18.07.2018 – 2018/376).

REFERENCES

1. van Doorn B, Bosch JLHR. Nocturia in older men. *Maturitas*. 2012;71(1):8–12.
2. Bosch JLHR, Weiss JP. The prevalence and causes of nocturia. *J Urol*. 2013;189(1 Suppl):S86-92.

- 91
3. Comu J-N, Abrams P, Chapple CR, et al. A contemporary assessment of nocturia: definition, epidemiology, pathophysiology, and management--a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol.* 2012;62(5):877-90.
 4. Kujubu DA, Aboseif SR. An overview of nocturia and the syndrome of nocturnal polyuria in the elderly. *Nat Clin Pract Nephrol.* 2008;4(8):426-35.
 5. Dutoglu E, Soysal P, Smith L, et al. Nocturia and its clinical implications in older women. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019;85:103917.
 6. Park J, Kim ES, Lee YJ, et al. Sex Differences in Lower Urinary Tract Symptoms in Older Korean Adults Living in Rural Areas: Prevalence, Quality of Life, and Associated Factors. *Int Neurourol J.* 2018;22(3):212-9.
 7. Unutmaz GD, Soysal P, Tuven B, et al. Costs of medication in older patients: Before and after comprehensive geriatric assessment. *Clin Interv Aging.* 2018;9:13:607-613.
 8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). *Diagnostic Stat Man Ment Disord 4th Ed TR.* 2013;280.
 9. Soysal P, Isik AT, Arik F, et al. Validity of the Mini-Nutritional Assessment Scale for Evaluating Frailty Status in Older Adults. *J Am Med Dir Assoc.* 2019 ;20(2):183-7.
 10. Dokuzlar O, Koc Okudur S, Smith L, et al. Assessment of factors that increase risk of falling in older women by four different clinical methods. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(3):483-490.
 11. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing.* 2019;48(1):16-31.
 12. Soysal P, Smith L, Dokuzlar O, et al. Relationship Between Nutritional Status and Insomnia Severity in Older Adults. *J Am Med Dir Assoc.* 2019;20(12):1593-8.
 13. Ates Bulut E, Soysal P, Isik AT. Frequency and coincidence of geriatric syndromes according to age groups: single-center experience in Turkey between 2013 and 2017. *Clin Interv Aging.* 2018;13:1899-905.
 14. van Kerrebroeck P, Abrams P, Chaikin D, et al. The standardisation of terminology in nocturia: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(2):179-83.
 15. Endeshaw YW, Schwartz A V, Stone K, et al. Nocturia, Insomnia Symptoms and Mortality among Older Men: The Health, Aging and Body Composition Study. *J Clin sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 2016;12(6):789-96.
 16. Feldstein CA. Nocturia in arterial hypertension: a prevalent, underreported, and sometimes underestimated association. *J Am Soc Hypertens.* 2013;7(1):75-84.
 17. Romero JC, Knox FG. Mechanisms underlying pressure-related natriuresis: the role of the renin-angiotensin and prostaglandin systems. State of the art lecture. *Hypertens (Dallas, Tex 1979).* 1988;11(6 Pt 2):724-38.
 18. Asplund R. Nocturia in relation to sleep, somatic diseases and medical treatment in the elderly. *BJU Int.* 2002 Oct;90(6):533-6.
 19. Verhamme KMC, Dieleman JP, Van Wijk MAM, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and increased risk of acute urinary retention. *Arch Intern Med.* 2005;165(13):1547-51.
 20. Kang D, Andriole GL, Van De Vooren RC, et al. Risk behaviours and benign prostatic hyperplasia. *BJU Int.* 2004;93(9):1241-5.
 21. Woodard TJ, Manigault KR, McBurrows NN, et al. Management of Benign Prostatic Hyperplasia in Older Adults. *Consult Pharm.* 2016;31(8):412-24.
 22. Lee YJ, Jeong SJ, Byun SS, et al. Prevalence and correlates of nocturia in community-dwelling older men: results from the Korean longitudinal study on health and aging. *Korean J Urol.* 2012;53(4):263-7.
 23. Lightner DJ, Krambeck AE, Jacobson DJ, et al. Nocturia is associated with an increased risk of coronary heart disease and death. *BJU Int.* 2012;110(6):848-53.
 24. van Kerrebroeck P, Rezapour M, Cortesse A, et al. Desmopressin in the treatment of nocturia: a double-blind, placebo-controlled study. *Eur Urol.* 2007;52(1):221-9.
 25. Drake M. Nocturia and depressive symptoms in older men. Vol. 120, *BJU international.* England; 2017. p. 159.
 26. Obayashi K, Saeki K, Negoro H, et al. Nocturia increases the incidence of depressive symptoms: a longitudinal study of the HEIJO-KYO cohort. *BJU Int.* 2017;120(2):280-5.
 27. Iwamura M, Kanauchi M. A cross-sectional study of the association between dynapenia and higher-level functional capacity in daily living in community-dwelling older adults in Japan. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):1.
 28. Pratt TS, Suskind AM. Management of Overactive Bladder in Older Women. *Curr Urol Rep.* 2018;19(11):92.
 29. Jang I-Y, Lee CK, Jung H-W, et al. Urologic symptoms and burden of frailty and geriatric conditions in older men: the Aging Study of PyeongChang Rural Area. *Clin Interv Aging.* 2018;13:297-304.
 30. Bliwise DL, Howard LE, Moreira DM, et al. Nocturia and associated mortality: observational data from the REDUCE trial. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2019;22(1):77-83.

Yaşlılık İnancı ve Yaşlılık İnancını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi

An Investigation of the Belief About Old Age and Factors Affecting the Belief About Old Age

Şenay Öztürk¹, Yalçın Kanbay², Meryem Fırat³, Aysun Akçam⁴, Burcu Demir⁵¹Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye²Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Artvin, Türkiye³Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Erzincan, Türkiye⁴Ahi Evran Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Kırşehir, Türkiye⁵Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Ağrı, Türkiye**Amaç:** Bu çalışma ile bireylerin yaşlılık inançları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amaçlanmıştır.**Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma 2018 yılında Artvin, Ağrı ve Erzincan illerinde yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini 1180 kişi oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak "Kişisel bilgi formu" ve "Lomaşen Yaşlılık İnanç Ölçeği" kullanılmıştır.**Bulgular:** Bu çalışmanın bulgularına göre; örneklemin Lomaşen Yaşlılık İnanç Ölçeği (LYİÖ) puan ortalaması 76,6 ± 0,500 olarak bulundu. Kadımların LYİÖ puan ortalaması erkeklerinkine benzerdir (p>0,05). Bekârlar evlilerden, geniş aile ve diğer aile tipine sahip olanlar çekirdek aileye sahip olanlardan, ilçe ve şehirde yaşayanlar köyde yaşayanlardan daha olumlu yaşlılık inancına sahiptirler (p<0,05). Ayrıca şu an yaşlıyla yaşayanlar yaşamayanlardan, yaşlı bir bireyle yaşamayı isteyenler istemeyenlerden ve huzur evi ziyareti yapmış olanlar yapmamış olanlardan daha olumlu yaşlılık inancına sahiptirler (p<0,05). Bunlara ek olarak yaş artarken yaşlılık inancı olumsuz yönde artarken; ekonomik durum, eğitim durumu, anne eğitim durumu ve baba eğitim durumu artarken yaşlılık inancı da olumlu yönde artmaktadır. Yaşlılık inancı; cinsiyete ve daha önce yaşlıyla yaşamış olma durumuna göre ise farklılık göstermemektedir (p>0,05).**Sonuç:** Bu çalışmanın sonucuna göre alınan puanlar yaşlılığa yönelik düşük düzeyde olumsuz inançların olduğunu göstermektedir. Ancak yaşlılar ile yakın ilişki içinde olmak yaşlılığa yönelik olan inançları pozitif yönde etkilemektedir. Bireyin kendi yaşı ilerledikçe yaşlılığa yönelik inançları negatif olarak etkilenmektedir. Eğitim düzeyinin artması, yaşlılarla beraber vakit geçirme, sosyo-ekonomik düzeyin iyi olması yaşlıya verilen önemin de artması açısından anlam teşkil etmektedir.**Anahtar kelimeler:** Yaşlı, yaşlılık, yaşlılık inancı**Aim:** The purpose of this study is to examine the factors affecting the belief about senility.**Material and Methods:** This descriptive study was carried out in Artvin, Ağrı, and Erzincan in 2018. The sample of the study consists of 1180 individuals. The "Personal information form" and "Lomaşen senility belief scale" were used as data collection tools.**Results:** According to the findings of this study, the average score of the Lomaşen Senility Belief Scale (LSBS) is 76.6 ± 0.500. The women's average score of the LSBS is similar to that of men (p>0.05). Single people have more positive old age beliefs than those who are married, who have extended family and other family types than who have nuclear families, who live in towns and cities than who live in villages (p<0.05). In addition, those who do not live with the elderly, who do not want to live with an elderly person, and who has visited a nursing home have more positive old age beliefs than those who have not (p<0.05). In addition, belief in old age increases negatively as age increases; while economic status, educational status, maternal education level, and father's education level increase, belief in old age increases positively. Belief in old age does not differ according to gender and the status of having lived with the elderly before (p>0.05).**Conclusions:** The scores obtained according to the results of this study show a low level of negative beliefs about old age. However, being in a relationship with the elderly positively affects beliefs about old age. As individuals get older, their beliefs about old age are negatively affected. Increasing education level, spending time with the elderly, having a good socio-economic status is meaningful in terms of the increase in the importance given to the elderly.**Keywords:** Older adult, old age, belief about old age**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Şenay Öztürk¹**E-posta / E-mail:** senayakpinar@gmail.com**Adres / Address:** Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Marmara Eğitim Köyü, İstanbul, Türkiye**Telefon / Phone:** +90 216 626 10 50 - 2170**Geliş Tarihi / Received:** 04.09.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 30.12.2020

GİRİŞ

Yaşlanma her canlının doğumundan ölümüne kadar devam eden doğal ve kaçınılmaz bir değişim sürecidir. İnsanın fizyolojik süreci göz önünde bulundurulduğunda yirmili yaşlara kadar sürekli bir ilerleme göstermekte, devam eden süreçte durağanlık ve gerileme ile devam etmektedir. Psikososyal açıdan bakıldığında ise özellikle Erickson'a göre insan yaşamının sekiz evresi vardır ve her bir evre bir öncekinden etkilenerek gelişimini sürdürmektedir. İnsan doğumundan ölümüne kadar sürekli bir değişim ve gelişim özelliği göstermektedir. Tabii ki özellikle yetişkinlik döneminin verimli evresinden sonra durağanlık ve gerileme evreleri de gelişim sürecinin önemli bir bölümü olarak ele alınmaktadır (1,2).

Yaşlılığa yönelik tutumlar genellikle genç olmanın yaşlılığa tercih edilmesi gibi konuları kapsarken, inançlar ise; yaşlı bireylerin hasta, ters, aksi, bunak oldukları gibi tanımlamaları içermektedir. Yaşlılığa ilişkin inançlar, tutumlar ve ön yargılar yaşlı bireylere yönelik davranışları etkileyen en önemli unsurlardır (3, 4). Geçmiş dönemlerde yaşlıların bilgelik ve deneyimleri ile topluma zenginlik kattıkları kabul edilmekteyken, günümüzde yaşlı kişiler çoğu zaman bakıma muhtaç, yalnız, mutsuz, birçok alanda işlevlerini kaybeden kişi olarak algılanmaktadır (5). Yaşlılığın fiziksel, bilişsel ve sosyal ilişkilerdeki kayıplarının daha fazla gündeme getirilmesiyle, yaşlılıkla ilgili olumlu görüşler yerini olumsuzluklara bırakmış, yaşlılık hastalık ve düşüş dönemi olarak görülmeye başlanmıştır. Bu durumun değişmesine neden olan etkenler arasında gençlik dönemine daha fazla dikkat çekilip önem verilmesi, emekliliğe bağlı rol ve statü kaybı, yaşlıların devletin desteğine daha fazla ihtiyaç duyulması sayılabilir (1).

Yaşlılara yönelik inanç ve tutumlar, toplumsal bütünleşmeden, yaşlılara sunulan hizmetlere kadar birçok konuyu etkilemektedir. Bu nedenle farklı yaş gruplarından bireylerin

yaşlılığa yükledikleri anlam önemli bir konu haline gelmiştir. Günümüzdeki modernleşmeye bağlı olarak yaşlı bireyler yaşam tarzlarında ve toplumsal konularında birtakım değişiklikler yaşamıştır. Teknolojik değişimlerdeki hızlı ilerleme yaşlılığın farklı bir rol kazanmasına yol açmaktadır. Geleneksel toplumlarda bilgileri ve deneyimlerinden faydalanılan yaşlı bireyler toplumsal saygınlıklarını korurken, modern toplumlarda yaşlı bireyin saygınlığı bir nevi tehdit altındadır. Bu durum yaşlıların sosyal ve biyolojik bütünlüğünü etkilemektedir. Gerontoloji literatüründe geçen ilişki azaltımı kuramına göre; ileri yaşlardaki insanların gitgide toplumsal ilişkilerden ve günlük aktivitelerden çekildikleri ve bu tür davranmanın da "normal" olduğu düşüncesine sahip oldukları ifade edilmektedir. Modernleşmenin hızına yetişemeyen yaşlı bireylere "modası geçmiş" gözüyle bakılmakta, "yaşlısın, otur evinde gelinlerin kızların torunların hizmet etsin sana" gibi bir anlayışla yaklaşılmakta olduğu belirtilmektedir. Bu anlayış yaşlılığın eskime, acizlik ve yardıma muhtaç olmakla eşdeğer olduğu ön kabulünü de ortaya çıkaran önemli bir durumdur (6). Bireyin belli bir yasa geldiğinde emekli olması, aktif yaşamdan çekilmesi, sosyal ilişkilerinin azalması, olması gereken doğal süreçler olarak görülür. Emeklilik yaşının 65 olması ve toplumda emekliliğinin yaşlılık olarak adlandırılması da bu bilgilere destek vermektedir. Ancak Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan son açıklamalara göre yaşama süresinin uzaması ve dünyadaki yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak 80-99 yaş aralığı "yaşlı" 65-79 yaş aralığı ise "orta yaş" olarak tanımlanmaktadır (7).

Yaşlılığa karşı geliştirilen inanç ve tutumlar toplumsal ve kültürel ilişki ve anlayışımızla oluşturduğumuz bakış açısıyla şekillenmektedir. Son yıllarda sosyal ve kültürel değerlerin yaşlılık üzerine etkilerini inceleyen birçok çalışmaya rastlamak mümkündür (8, 9, 10, 11, 12, 13). Yaşamın her bir evresinde olduğu gibi yaşlılıkta da

toplumsal ve kültürel etmenlerin önemli rol oynadığı gerçektir. Yaşlılığı günlük yaşam aktivitelerinin ve kişilerarası ilişkilerin azaltılması olarak algılayan bireylerin biyopsikososyal bütünlüklerinin bundan olumsuz olarak etkilendiği gözlemlenmektedir. İleri yaşlarda yaşlıların giderek yaşamdan, günlük aktivitelerden ve toplumsal ilişkilerden kendilerini çektikleri ve bu davranışların 'normal' olarak algılandığı vurgulanmıştır. Bu şekilde düşünen toplumdaki yaşlılarda, başta ruhsal ve sosyal problemler olmak üzere pek çok sağlık sorunlarının oluştuğu bildirilmektedir (14).

Dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de yaşlı nüfus oranının diğer yaş gruplarına göre hızla arttığı görülmektedir. Dünya nüfusunun %9,3'ünü yaşlı nüfus oluştururken, ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2014 yılında %8, 2019 yılında ise bu oranın %9,1 olduğu bildirilmiştir. Çalışma çağındaki 100 kişiye düşen yaşlı sayısını ifade eden yaşlı bağımlılık oranı, 2014 yılında %11,8 iken 2019 yılında %13,4'e yükseldiği görülmektedir (15). Yaşlı bireylerin toplam nüfus içindeki sayısının ve oranının artması, yaşlılığın, modern toplumun önemli bir sorunsalı olarak ortaya çıkmasına neden olmaktadır (16). Gelişen teknolojiyle beraber bireylerin yaşam süresinin artması, çok sayıda sağlık sorununun ve bakıma muhtaçlık sorunlarını da ortaya çıkarmaktadır (17). Bu durumda olan yaşlılar, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik anlamda başkalarına bağımlı hale gelmeye başlamıştır. Bu durum toplum üyelerinin yaşlılığa bakışını ve yaşlılara yönelik tutum ve davranışlarını da etkilemektedir (18).

Yaşlılara yönelik olumsuz veya ön yargılı tutumlar genellikle yaşlı ile birlikte zaman geçirmek istememe, iletişime girmekten kaçınma gibi negatif tavır ve faaliyetler ile birlikte, birçok davranıştan oluşmaktadır. Modernleşmenin bir gereği gibi görülen çekirdek ailenin yaygınlaşması ile beraber yaşlı kuşak kendine bu çekirdek aile içerisinde neredeyse yer bulamamaktadır. Bu durum yaşlı

bireyin dışlanması ve giderek yalnızlaşmasını beraberinde getirmektedir. Özellikle yaşlılıkla beraber kronik hastalıklardaki artış, yatağa bağımlı ve başkasının bakımına muhtaç hale gelme gibi durumlar yaşlının yalnızlık, güçsüzlük, depresyon ve yalnız ölmekten korkma gibi bir takım ruhsal problemleri yaşamasına neden olmaktadır (19,20).

Günümüzde teknoloji, tıp kültür ve diğer birçok alandaki değişimler sadece gençleri ve belli başlı kurumları değil; aynı zamanda yaşlıların kendilerini de etkilemiş ve değiştirmiş durumdadır. Sağlıklı ve zinde yaşamın özendirilerek yaygınlaşmaya başlaması, tıp biliminin ilerlemesi ve hatta kitle iletişim araçlarının ve tüketim sektörlerinin gelişmesiyle birlikte, yaşlılar eskiye nazaran değişime daha açık hâle gelmişlerdir. Yaşlıların dış görünüşlerinde, giyim tarzlarında, tüketim maddelerinde birçok değişiklik gözlemlenmektedir (10).

Çağımızda yaşanan bu hızlı ve çok yönlü değişimler genç ve dinamik değerleri daha baskın hale getirmektedir. Yaşamın her alanında, üretimde ve diğer faaliyetlerde gençlik, dinamiklik gibi değerler ön plana çıkarılmaktadır. Bu şekilde gençliğe ve dinamikliğe verilen değer arttığı için yaşlılara yüklenen anlamlar ise farklılaşmaya başlamaktadır. Toplumsal olarak yaşlıya ve yaşlılığa karşı olumsuz tutumlar geliştirilmeye başlanmaktadır. Yaşlılığı genellikle bağımlılık ve hastalık dönemi olarak anlamlandırmaya yol açmaktadır (10).

Yapılan çalışmalarda insanların yaşlanma ile ilgili birçok önyargısının olduğu yaşlıların büyük bir kısmının sağlık problemleri olan, fiziksel ve zihinsel yönden zayıflama yaşayan, yalnız, ekonomik açıdan zorluk içinde olan bireyler olduğuna inanıldığı belirtilmektedir (9, 21, 22).

İnsanlar yaşlanmaya bağlı olarak özgürlüklerinin kısıtlanacağı ve pek çok zorluk yaşayacakları düşüncesindedirler. Bu durum

insanların yaşlanmaya karşı olumsuz tutum beslemelerine neden olmaktadır. Yaşlanmaya karşı oluşan olumsuz tutumların, sağlık bakımı veren çeşitli meslek elemanları tarafından da benimsendiği yapılan çalışmalarda belirtilmektedir. Lookinland ve Anson (2008) yaptıkları bir çalışmada öğrenciler ve bakım verenlerin yaşlı hastaları tanımlarken alaycı bir terim olan “aciz kimse” terimini kullandıklarını, hemşirelerin ise büyük çoğunluğunun yaşlı hastalar yerine genç hastalarla çalışmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir (23, 24).

Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir araştırmaya göre, dördüncü sınıf öğrencilerinin birinci sınıf öğrencilerine göre yaşlanma ve yaşlılığa yönelik daha olumlu düşünce ve görüşlere sahip olduklarını ve gençlerin yaşlıları geçmişleriyle sınırlanmış ve tatsız kişiler olarak tanımladıkları bulunmuştur (24). Adıbelli ve arkadaşları tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada ise öğrencilerin genel olarak yaşlılığa ilişkin görüşlerinin negatif, yaşlılara karşı tutumlarının pozitif olduğu bulunmuştur. (25). Özdemir ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan çalışmada da çalışmaya katılan bireylerin çoğunun yaşlılığı, hasta olma, bağımlı olma ve yalnızlık gibi ifadelerle tanımladığı saptanmıştır (26). Yaşlı bireylerin de kendilerine yüklenen bu olumsuz özellikleri içselleştirerek yaşamlarına yansıtmaları ve günlük ihtiyaçların karşılanmasında bir başkasına bağımlı olma korkularının yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemesine yol açmaktadır. Aynı zamanda, toplumun algısı yaşlı bireyin yaşamında belli sınırlılıklar oluşturarak, yalnızlık duygusu yaşamasına ve kendi kabuğuna çekilmesine yol açarak bireyin yaşam doyumunu olumsuz etkileyen faktörler arasında sayılabilir (9).

Verilen bilgiler ışığında toplumumuzda da yaşlı olarak; bakıma muhtaç, olumsuz fiziksel ve ruhsal yönden güçsüzlüklerin olduğu, huysuz bireyler akla gelebilmektedir. Genellikle yaşlanma sürecinin olumlu yönleri ihmal

edilmekte ve yaşlılık ile ilgili olumsuzluklar ön plana çıkarılarak sağlıklı yaşlanma süreci geçiren bireyler göz önünde bulundurulmamaktadır. Bunların sonucu olarak da yaşlıların bağımlı ve öznel olarak mutsuz, ruhsal olarak bazı sorunlar yaşamaları kaçınılmaz olmaktadır. Yaşlılığa yönelik olumlu inançların olması toplumun sağlıklı yaş almaya verdiği önemi de olumlu olarak etkileyebileceği düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Tipi: Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Bu çalışma Ekim-Aralık 2018 döneminde Artvin, Ağrı ve Erzincan illerinde yürütülmüştür.

Evren ve Örneklem: Çalışmanın evrenini çalışmanın yürütüldüğü iller olan Artvin, Ağrı ve Erzincan illerinde okuma yazma bilen, ruh sağlığı yerinde ve 18 yaş üstü olan bireyler oluşturmuştur. Çalışmada örneklem hesabına başvurulmamış, 1212 kişiye ulaşılmış ancak soru formlarına eksik cevaplar veren kişiler olması sebebi ile çalışmanın örnekleme 1180 kişiden oluşmuştur.

Verilerin Toplanması: Klinik Araştırmalar Etik kurulundan etik izin; katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çalışmanın verileri araştırmacılar tarafından “Kartopu Örneklem Yöntemi” ile toplanmıştır. Veriler toplanırken araştırmacılar tarafından formlar yakın çevrelerine dağıtılmış ve bu kişilerin ulaşabildikleri kişilere formları ulaştırması istenmiştir.

Veri Toplama Araçları: Çalışmanın veri toplama aşamasında “Kişisel bilgi formu” ve “Lomaşen Yaşlılık İnanc Ölçeği” kullanılmıştır.

Kişisel bilgi formu: Yaşlılığa yönelik inançları etkileyebileceği düşünülen kişisel özellikler ile ilgili soruların bulunduğu tanımlayıcı bilgileri içeren formdur.

Lomaşen Yaşlılık İnanç Ölçeği: Kanbay ve arkadaşları tarafından 2019 yılında geliştirilen “Lomaşen yaşlılık inanç ölçeği” 25 maddeden oluşmakta olup, yaşlılık inancına yönelik toplam varyansın 53,4’ünü açıklayabilmektedir. Ölçeğin Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak hesaplanmış olup bu değer yüksek güvenilirliği ifade etmektedir. 5’li likert tipte olan ölçeğin toplam puanı bütün maddelerin toplanmasıyla elde edilmektedir. Ölçeğin genelinden alınabilecek toplam puan 25 ile 125 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması yaşlılığa yönelik olumsuz inançların da artması anlamına gelmektedir. Ayrıca ölçekten 75 üstü puan alınması yaşlılığa yönelik olumsuz inancın baskın olduğu 75 puan altı alınması yaşlılığa yönelik olumlu inancın daha baskın olduğunu düşündürülebilir. Çalışmalarda ölçeğin alt boyutları ayrı ayrı değerlendirilmesine gerek bulunmamaktadır bu nedenle çalışmalarında yüksek düzeyde geçerlilik ve güvenilirlik isteyen araştırmacılara geliştirilmiş olan Lomaşen yaşlılık inanç ölçeğinin toplam puanı üzerinden işlem yapmaları önerilmektedir (27). Bu çalışmada ölçeğin ortalama puanı $76,6 \pm 0,50$ puan ve Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Çalışmanın verileri SPSS 23 ortamında çözümlenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak sayı, ortalama ve yüzde kullanılmıştır. Farkların aranmasında t testi, varyans analizi (ileri analiz olarak ise Tukey testi) ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. İlişkilerin belirlenmesinde ise Pearson Korelasyon analizi ve Cramer V kullanılmıştır. Korelasyon analizi için $r=0$ ilişki yok, $r=0,01-0,29$ düşük düzeyde ilişki, $r=0,30-0,70$ orta düzey ilişki, $r=0,71-0,99$ yüksek ilişki ve $r=1$ ise mükemmel ilişki şeklinde değerlendirilmiştir (28).

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırma Artvin Çoruh Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’nun 17.09.2018 tarihinde 2018-E.14721 karar numaralı etik kurul onayı

alınarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcılardan ise bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Helsinki Deklerasyonu Prensiplerine uyulmuştur.

BULGULAR

Kadınların Lomaşen yaşlılık inanç ölçeği puan ortalaması $76,8 \pm ,652$ puan erkeklerin ise $76,4 \pm ,781$ puan olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$). Kadınlar ile erkekler yaşlılık inancı bakımından birbirine benzer özellik göstermektedir. Evli olanların Lomaşen yaşlılık inanç ölçeği puan ortalaması $79,8 \pm ,936$ puanken bekâr olanların puan ortalaması $75,4 \pm ,586$ puan olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Evli bireylerin yaşlılık inançları bekârlara göre daha olumsuzdur. Çekirdek aileye sahip bireylerin Lomaşen yaşlılık inanç ölçeği puan ortalaması $77,4 \pm ,583$ puan, geniş aileye sahip olanların $73,9 \pm 1,001$ puan ve diğer aile tipine (boşanmış, parçalanmış vb.) sahip olanların ise $74,9 \pm 2,781$ puan olup çekirdek aile tipine sahip olanların puan ortalamaları diğerlerinininkinden anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Çekirdek aile tipine sahip bireylerin yaşlılık inançları geniş ve diğer aile tipine sahip olanlardan daha olumsuzdur. Köyde yaşayanların Lomaşen yaşlılık inanç ölçeği puan ortalaması $79,1 \pm 0,901$ puan, ilçede yaşayanların $74,4 \pm 1,960$ puan ve şehirde yaşayanların $75,9 \pm 0,618$ puan olup köyde yaşayanların puan ortalamaları ilçe ve şehirde yaşayanlardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksektir ($p<0,05$). Bu bulguya göre köyde yaşayanlar, ilçe ve şehirde yaşayanlara göre daha olumsuz yaşlılık inançlarına sahiptirler (Tablo I).

Daha önce yaşlıyla yaşamış olanların, Lomaşen yaşlılık inanç ölçeği puan ortalaması $76,8 \pm 0,640$ puan iken yaşlıyla yaşamamış olanların puan ortalaması $76,4 \pm 0,793$ puandır, Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Şu an yaşlıyla yaşayan grubun puan ortalaması

Tablo I. Bazı demografik özelliklere göre Lomaşen yaşlılık inanç ölçeği puan ortalamalarına ait farklar (n=1180)

Değişken		n	%	X	Ss	Test/p
Cinsiyet	Kadın	699	59,2	76,8	,652	t:,418
	Erkek	481	40,8	76,4	,781	p>0,05
*Medeni Durum	Evli	329	27,9	79,8	,936	t:4,052
	Bekâr	851	72,1	75,4	,586	p<0,001
**Aile Tipi	^a Çekirdek aile	891	75,5	77,4	,583	Kw:9,736 p<0,05
	^b Geniş aile	242	20,5	73,9	1,001	
	^b Diğer	47	4,0	74,9	2,781	
**Yaşadığı yer	^c Köy	280	23,7	79,1	,901	F:4,347 p<0,05
	^d İlçe	99	8,4	74,4	1,960	
	^d Şehir	801	67,9	75,9	,618	

*p<0,05, **p<0,001, a>b, c>d

73,8±1,041 puan iken şu an yaşlıyla yaşama durumu olmayanların 77,4 ± 0,568 puan olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Bu bulguya göre şu an yaşlı bireyle yaşayanların yaşlılık inançları yaşlı bir bireyle yaşamayan bireylere göre daha olumludur. Yaşlı bir bireyle yaşamayı isteyenlerin Lomaşen yaşlılık inanç ölçeği puan ortalaması 75,5 ± 0,664 puan, yaşlı bireyle yaşamak istemeyenlerin ise 78,0 ± 0,756 puan olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Yaşlı bir bireyle yaşamayı isteyen bireylerin yaşlılık

inançları diğerlerine göre daha olumludur. Huzur evi ziyareti yapmış olanların ölçek puan ortalaması 73,4 ± 1,063 puan, yapmamış olanların ise 77,8 ± 0,555 puan olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001) (Tablo II) .

Lomaşen yaşlılık inanç ölçeği ile çeşitli değişkenlerin ilişkisi incelendiğinde yaş, ekonomik durum, eğitim durumu, anne eğitimi ve baba eğitimi gibi değişkenlerin yaşlılık inancı ile ilişkili olduğu görülmektedir. Yaş ile Lomaşen yaşlılık inanç ölçeği arasında pozitif

Tablo II. Yaşlılıkla ilgili özelliklere göre Lomaşen yaşlılık inanç ölçeği puan ortalamalarına ait farklar (n:1180)

Değişken		n	%	X	Ss	Test/p
Daha önce yaşlıyla yaşama durumu	Evet	660	55,9	76,8	,640	t:,434
	Hayır	520	44,1	76,4	,793	p>0,05
*Şu an yaşlıyla yaşama durumu	Evet	274	23,2	73,8	1,041	t:-3,070
	Hayır	906	76,8	77,4	,568	p<0,05
*Yaşlıyla yaşamayı isteme durumu	Evet	656	55,6	75,5	,664	t:-2,501
	Hayır	524	44,4	78,0	,756	p<0,05
**Huzur evi ziyareti yapma durumu	Evet	322	27,3	73,4	1,063	t:-3,985
	Hayır	858	72,7	77,8	,555	p<,001

*p<0,05, **p<0,001

Tablo III. Lomaşen yaşlılık inanç ölçeğinin bazı değişkenlerle ilişkisi

Değişken	n	r / Φ	p
^a Yaş		,088	,003
^b Ekonomik durum		-,153	,000
^b Eğitim durumu	1180	-,117	,000
^b Anne eğitimi		-,173	,000
^b Baba eğitimi		-,164	,000

- a. Örneklemin yaş ortalaması $29,5 \pm 0,321$ olarak hesaplanmıştır.
- b. Cramer V (Φ) katsayısı hesaplanmıştır (Ekonomik durum= “Düşük”, “Orta”, “Yüksek”; Eğitim durumu= ilköğretim, ortaöğretim, yükseköğretim; Anne-Baba eğitim durumu= ilköğretim, ortaöğretim, yükseköğretim)

yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu bulguya göre yaş arttıkça yaşlılık inancı olumsuz yönde artmaktadır. Buna karşın ekonomik durum, eğitim durumu, anne eğitim durumu ve baba eğitim durumu ile Lomaşen yaşlılık inancı arasında düşük düzeyde ve negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Bu bulguya göre ekonomik durum, eğitim durumu, anne eğitim düzeyi ve baba eğitim düzeyi arttıkça kişilerin yaşlılık inançları olumlu yönde artmaktadır (Tablo III).

TARTIŞMA

Yaşlı nüfusunun dünyada ve ülkemizde gittikçe arttığı ve bu artış ile birlikte yaşlıların fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin fazlaştığı günümüzde yaşlılığa karşı oluşan bakış açısının da farklılaştığını söylemek kaçınılmazdır.

Bu çalışmaya katılan bireylerin Lomaşen Yaşlılık İnancı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $76,6 \pm 0,500$ olarak bulundu. Bu bulgu bireylerin yaşlılığa karşı olumsuz inanca sahip olduklarını göstermektedir. Yaşlılığa yönelik olumsuz inanç ve tutumların oluşmasında kentleşme, göçler, sanayileşme, ekonomik güçlükler, kadının da çalışma hayatının olması, geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçiş ve sosyal yaşamdaki değişim gibi faktörlerin etkili

olduğu düşünülmektedir. Ancak ölçekten alınabilecek puanlar göz önünde bulundurulduğunda (25-125) sınıra yakın düzeyde olumsuzluk olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmalarda yaşlılığa ilişkin bakış açıları toplumdan topluma, bireylerden bireye ve farklı yaş gruplarına göre değişiklik göstermektedir. Özdemir ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşlılığı; hasta olma, bağımlı olma, yalnızlık şeklinde olumsuz ifadelerle tanımladıkları bildirilmiştir (26). Çalışmamıza katılan bireylerin yaş ortalaması $29,5 \pm 0,321$ 'dir. Okoye ve Obikeze 2005 yılında 15-30 yaş arası bireylerin yaşlılık algısını inceledikleri çalışmalarında, yaşlılığın; hastalıklı, çocukluk, gizemli, tutucu, olarak ifade edildiğini bildirmişlerdir (29). Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada yaşlılık ile ilgili “anlayış, sevgi, güven, şefkat, minnet” gibi olumlu ifadeler kullanılırken; olumsuz olarak “mızız ve tuhaf davranışlı” ifadeleri yer almıştır (30). Öğrenci hemşireler ile yapılan başka bir çalışmada da yaşlılık yalnızlık, bağımlılık, her şeyin bitmesi, sefalet şeklinde olumsuz ifadelerle anlatılırken, yaşlılığa ilişkin tek olumlu yönün deneyim sahibi olma olduğu belirtilmiştir (31). Lookinland ve Anson'un 2008 yılında yaptığı bir çalışmada hemşirelerin yaşlıları; yeni durumlara uyum “sağlayamayan, huysuz,

şikâyetçi” bireyler olarak ifade ettiği belirlenmiştir (23).

Çeşitli yaş gruplarından bireyler ile yapılan çalışmalarda yaşlılığa karşı genellikle olumsuz ifadelerin yer aldığı görülmektedir. Bizim toplumumuzda da yapılan çalışmalarda hemşirelerin, yaşlıların ve hemşirelik öğrencilerinin yaşlılık ile ilgili benzer olumsuz ifadeleri kullandıkları görülmektedir (25, 26, 31). Uysal ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir çalışmada da 18-30 yaş aralığında bulunan bireylerin yaşlıların çağa ayak uyduramadıkları ifadeleri bulunmaktadır (11). Yaşlılığa karşı olan bu olumsuz tutumun Türk toplumunun geleneksel yaklaşım tarzı ve modernleşme çabası arasında kalmış bir tutum olduğu düşünülmektedir. Bir taraftan bireyler modern çağın getirilerine uyum sağlamaya çalışırken diğer taraftan geleneksel olarak yaşlıların toplumumuzda saygınlığını koruması gereken kısım olduğu düşüncesi ağır basmış olabilir. Bu durumun, ülkemizde yaşlıların aktif yaşlanma bilincinin yerleşmemiş olması, düşük ekonomik gelire sahip olması, yaşlıların bakıma muhtaç olma zorunluluğu gibi bir düşünce tarzının olması, yaşlı bireyi yalnız bırakmanın toplum tarafından ayıplanacağı kaygısı gibi nedenler ile kişilerin genelde hasta, bağımlı yaşlılar ile karşılaşmasının sonucu olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaların, yaşlıya yönelik tutumların belirlenmesinde genellikle bireyin sosyal ve demografik özellikleri, yaşlılarla birlikte yaşama ve çalışma deneyimi gibi değişkenlere odaklandığı görülmektedir. Bulunan sonuçlara göre yaşlıya yönelik tutumların bireyin kişisel ve çevresel özelliklerinden etkilendiği saptanmıştır. Bu çalışmada, kadınlar ile erkekler yaşlılık inancı bakımından birbirine benzer özellik göstermektedir ve alınan puanlara bakıldığında olumsuz tutuma sahip oldukları söylenebilir. Ancak yapılan bazı çalışmalarda kadın cinsiyetinin erkek cinsiyetine göre daha olumlu yaşlılık inancına sahip olduğu bildirilirken (30, 31) farklı çalışmalarda cinsiyet ile yaşlılığa yönelik

tutum arasında aynı ilişki bulunmamıştır (13, 25, 30).

Bu çalışmada evli olanların bekâr olanlara göre yaşlılığa karşı inançları daha olumsuz olarak bulundu. Ünal ve arkadaşları tarafından geriatri merkezinde çalışanların yaşlıya yönelik ayrımcılığının incelendiği bir çalışmada da evli olanların bekârlara göre daha olumsuz tutum sergiledikleri bulunmuştur (32). Bu çalışmanın bulguları ile benzer sonuçlar elde eden çalışmalar bulunmaktadır (33, 34). Ögenler ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin yaşlı ayrımcılığı tutumları ile medeni durum arasında ilişki bulunmamıştır (35). Araştırmamıza benzer şekilde medeni durumu bekâr olan hekimlerin daha fazla olumlu tutuma sahip olduklarını saptamışlardır. Bunun nedeninin evli kişilerin yaşam şartlarındaki önceliklerinin değişmesi ile yaşlılara karşı sorumluluk alma ve toleranslarının azalmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmalarda evlilerin bekârlara göre yaşlıya yönelik tutumlarının olumlu olduğunu gösteren çalışmalar (36,37), olduğu gibi medeni durumlarındaki değişikliklerin yaşlıya yönelik tutumları değiştirmedeğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (38). Yapılan çalışmaların çoğu sağlık personeli veya sağlık alanındaki öğrencilere yönelik olduğundan bire bir karşılaştırma yapmak mümkün olmasa da çıkan sonuçlar bazı değişikliklerle beraber benzerlikler de göstermektedir. Yaşlıya yönelik tutumların gerekçelerinin daha temel mekanizmalarda aranması gerektiği söylenebilir.

Aile tipi çekirdek olanların geniş aile olanlara göre, ölçekten aldıkları puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Geniş ailede yaşlıya yönelik tutumun daha olumlu olduğu görülmektedir. Yaşlıya yönelik olumsuz tutumların olmasında; geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçiş bir neden olarak gösterilmektedir (38). Geniş aileler içerisinde kuşaktan kuşağa ve kültürel faktörlerin de etkisiyle aile büyüklerine önem verme ve saygının

kazanılması ve sürdürülmesi beklenen bir durumdur. Çekirdek aile yapısında daha olumsuz tutumun olması kadının çalışma hayatında yer alması, artan sorumluluk, ekonomik problemler, sosyal sorumlulukların artışı gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yaşam yeri açısından değerlendirildiğinde köyde yaşayanların yaşlıya yönelik tutumlarının ilçe ve ilde yaşayanlara göre daha olumsuz olduğu görülmektedir. Fırat ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada ise benzer olarak köyde yaşayanların yaşlıya yönelik daha olumsuz inanca sahip olduğu bulunmuştur (8). Kaçan ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları benzer bir çalışmada ise köyde yaşayanların yaşlıya yönelik pozitif ayrımcılığının bildirilmektedir (39). Bu çalışmadaki örneklem sayısının fazla oluşu, Kaçan ve arkadaşlarının kullandığı ölçeğin bu çalışmada kullanılan ölçekten farklı oluşu ve son zamanlarda köyden kente göçün fazla olarak yaşanması, sanayileşme ile birlikte köyde iş imkânı bulamayanların illere gelmek istemesi ancak bakmakla yükümlü oldukları aile büyüklerini bırakmada yaşadıkları zorluklar nedeniyle yaşlıya karşı olumsuz tutum içinde oldukları düşünülmektedir.

Bu çalışmada şu an evinde bir yaşlı ile beraber yaşayanların yaşamayanlara göre daha olumlu inanca sahip olduğu bulundu. Ayrıca daha önce huzur evi ziyareti yapanların da daha olumlu yaşlılık inancına sahip olduğu bulunan sonuçlar arasındadır. Huzur evi ziyareti yapmak yaşlılara verilen değer bir göstergesi olarak sayılabileceği gibi empati seviyelerinin de daha gelişmiş olduğunu gösterebilir. Yapılan bazı çalışmalarda da benzer bir sonucu görmek mümkündür (23, 37, 40, 41, 42). Yaşlısıyla birlikte yaşamayı isteyen bireylerin puan ortalamaları düşük, yani olumlu inanca sahip olarak değerlendirilmiştir. Literatürde de benzer sonuçlara ulaşılmıştır (42, 43). Ünal ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada, yaşamlarının herhangi bir döneminde aile içinde yaşlı birey ile birlikte yaşayanların

yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık puan ortalamalarının, yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (32). Benzer şekilde, Alkaya ve Okuyan (2017)'nin öğrenci hemşirelerin yaşlılara yönelik tutumlarını inceledikleri çalışmalarında, evinde yaşlı ile birlikte yaşayan, yaşlı bireyler ile her gün iletişim içinde olan, yaşlı aile üyelerine bakım veren öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumlarının olumlu olduğu bulunmuştur (44). Bu çalışmanın sonuçlarına göre ekonomik durum ve eğitim düzeyi ve anne-baba eğitim düzeyi arttıkça yaşlıya yönelik inanç da olumlu olarak artmaktadır. Eğitim düzeyinin yüksek olması yaşlılığın olumsuz bir dönem olarak değil de olgunluk ve tecrübelerinden yararlanılması gereken bir dönem olarak algılanıyor olmasını gösterebilir. Nitekim yapılan farklı çalışmalarda da bireylerin eğitim seviyelerinin artması yaşlılık ile ilgili daha olumlu inanca sahip olduklarını göstermiştir (4, 8, 10). Literatür incelendiğinde düşük gelir düzeyi istismar için risk faktörü olarak belirtilmektedir. Yaşlının artan bakım maliyeti, aile tarafından yük görülmesine neden olurken, diğer taraftan ekonomik gücü yerinde olan yaşlının kendisine bakan çocuğuna yardımda bulunması da sonucu olumlu olarak etkileyebilmektedir. (12, 45, 46, 47).

Günümüzde çoğu ülkede yaşlı bireylere bakım profesyonel kurum ve bireyler tarafından verilmektedir. Bununla beraber ülkemizde, yaşlıların bakım gereksinimleri büyük ölçüde aile bireyleri ve özellikle çocuklar tarafından karşılanmaktadır. Bu nedenle gençlerin yaşlı bireylere karşı inanç ve düşüncelerinin belirlenerek, yaşlılık dönemiyle ilgili bilgi, tutum ve beceri konusundaki ihtiyaçların karşılanması önemlidir. Yaşlı bireylerin artan sağlık gereksinimleri nedeniyle yapılan çalışmalar genellikle, hemşire ve doktorların görüşleri üzerinedir. Toplumda bütün insanların birbiriyle etkileşim içinde olmak zorunda kalmaları nedeniyle, bireylerin yaşlılık ve yaşlı bireyler hakkındaki görüşlerinin olumlu olması önemlidir. Duyguların düşünceleri, düşüncelerin de davranışları

etkilediği gerçeği göz önünde bulundurularak, gençlerin ve dolayısıyla toplumları oluşturan bireylerin yaşlılara karşı olumlu duygulara sahip olmaları önemli sonuçlar doğuracaktır. Bu bağlamda yaşlılara yönelik olumlu duyguların geliştirilmesi için çalışmalar yapılması olumlu tutumların da ortaya çıkmasına neden olacaktır.

SONUÇ

Bu çalışma ile bireylerin yaşlılık inançlarının incelenmesi amaçlanmış ve aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışmanın bulgularına göre; bekârlar evlilerden, geniş aile ve diğer aile tipine sahip olanlar çekirdek aileye sahip olanlardan, ilçe ve şehirde yaşayanlar köyde yaşayanlardan daha olumlu yaşlılık inancına sahiptirler. Ayrıca şu an yaşlıyla yaşayanlar yaşamayanlardan, yaşlı bir bireyle yaşamayı isteyenler istemeyenlerden ve huzur evi ziyareti yapmış olanlar yapmamış olanlardan daha olumlu yaşlılık inancına sahiptirler. Bunlara ek olarak yaş artarken yaşlılık inancı olumsuz yönde artarken; ekonomik durum, eğitim durumu, anne eğitim durumu ve baba eğitim durumu artarken yaşlılık inancı da olumlu yönde artmaktadır. Yaşlılık inancı; cinsiyete ve daha önce yaşlıyla yaşamış olma durumuna göre ise farklılık göstermemektedir.

Çalışmanın bulgularına dayanarak; Toplumun yaşlı bireylere yönelik olumsuz inançlarını değiştirmek için yaşlanma sürecine ilişkin farkındalık çalışmaları yapılması ve yaşlılık döneminin bir kriz değil, bir fırsat dönemi olarak algılanması için medyada, popüler kültür ve eğitim kurumlarında yaşlılığa ilişkin olumlu içeriklerin oluşturulması gerekmektedir. Sağlıklı yaş alabilmek ve aktif kalabilmek için bireylerin beslenme, egzersiz, sosyal aktivite ve üretkenlik gibi işlevlere daha önem vermesi önerilmektedir.

Bu çalışma katılımcıların veri toplama araçlarına verdikleri cevaplar ve verilerin toplandığı bölgelerde yaşayan bireylerin

kültürel özellikleri ile sınırlıdır. Konu ile direkt alakalı kaynakların sınırlı olması, bu ölçekle yapılan sadece bir çalışmanın olması karşılaşılan bir diğer zorluk olarak söylenebilir. Ayrıca bütçe desteğinin olmaması nedeniyle araştırmacıların kendilerinin veri toplaması örnekleme yönteminde tabakalı örnekleme yapılamaması da bu araştırmanın sınırlılıkları arasında sayılabilir.

Çıkar Çatışması ve Fonlama

Çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını belirtir.

Etik Kurul Onayı

Artvin Çoruh Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 17.09.2018 tarihinde 2018-E.14721 karar numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışma V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi V. International, IX. National Psychiatric Nursing Congress 20-23 Kasım – November 2018, Antalya'da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Onur B. Gelişim Psikolojisi Yetişkinlik Yaşlılık-Ölüm. 9. Baskı, Ankara, İmge Kitabevi, 2011, 40-400.
2. Topses, G. Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi. 2. Baskı, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2006, 23-147.
3. Brossoie N. Social gerontology. Editors; Robnett RH, Chop WC. Gerontology for the Health Care Professional. Jones and Bartlett Learning, 2015.
4. Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. Türk Geriatri Dergisi, 2004; 7(4): p. 225-30.
5. Ron P. Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance. Int J Geriatr Psychiatry. 2007; 22: 656-662.
6. Canatan A. Yaşlılar ve toplum- yetişkinlik ve yaşlılık gelişimi ve psikolojisi. Editör; Bacanlı H, Işık Ş; 2. baskı, İstanbul: Açılım Kitap, 2013, 360-367.
7. Çataloğlu S. Yaşlılık, Değer ve Teknoloji. Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi / International Journal of Human Studies. 2018; 1(1): 25-33.
8. Fırat M, Kanbay Y, Demir Gökmen B ve ark. Yaşlılık inançları ve yaşlıya yönelik tutumların incelenmesi: çok merkezli bir çalışma. EJONS International Journal on Mathematic, Engineering and Natural Sciences. 2020; 4(14): 266-278.
9. Sinan Ö, Bilgili N. Yaşlılıkla ilgili yaygın inanç, tutumlar ve sağlık hizmetlerine yansması. HEAD. 2019;16(3):246-251.

10. Erdemir F. Yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin inanç ve tutumlar, yaşlılık ve yaşlı sağlığı. Ed: Doç. Dr. Naile Bilgili, Doç. Dr. Yeter Kitiş, Ankara, Vize Yayıncılık, 2017, 30-42.
11. Uysal İ, Durmaz K, Mostafa Alı F ve ark. Farklı gözlerden yaşlıya ve yaşlanmaya bakış. Genel Tıp Derg. 2016;26:20-30.
12. Buz S. Yaşlı bireylere yönelik yaş ayrımcılığı. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2015; 14(53):268- 278.
13. Ucuñ Y, Mersin S, Öksüz E. Gençlerin yaşlı bireylere karşı tutumu. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015; 8(37):1143-1149.
14. Kalıñkara V. Temel gerontoloji yaşlılık bilimi. 2. Baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2016, 10-12.
15. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaşlılar-2019-33712> (Erişim Tarihi: 29.11.2020).
16. Kalaycı I, Özkul M. Geleneksel kalabilsem modern olabilsem: modernleşme sürecinde yaşlılık deneyimleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2017; 8(18):90-110.
17. Kalıñkara V, Kalaycı I. Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumunu, bakım yükü ve tükenmişlik. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2017; 10(2):19-39.
18. Özdemir Ö, Bilgili N. Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı. Gülhane Tıp Dergisi. 2014;56:128-131
19. Kalaycı I, Özkul M, Özbek Yazıcı S ve ark. İhmal ve istismarın görünmeyen yüzü: yaşlı istismarı ve ihmeline bir önlem olarak sağlık hizmetlerinde yardımcı personel eğitiminin önemi. Sosyal Bilimler Dergisi. 2017;4(11):576-593.
20. Kalaycı I, Özbek Yazıcı S, Özkul M ve ark. Sağlık çalışanları ve öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumları: Sistematik Derleme, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018; 2(1):21-30.
21. Cottle RN, Glover RJ. Combating ageism: change in student knowledge and attitudes regarding aging. Educational Gerontology. 2007;33:501-12.
22. Happell B. Nursing home employment for nursing students: Valuable experience or a harsh deterrent? Journal of Advanced Nursing. 2002; 39:529-36.
23. Lookinland S, Anson K. Perpetuation of ageist attitudes among present and future health care personnel: Implications for elder care. Journal of Advanced Nursing. 2008;21:47-56.
24. Kulakçı H. Hemşirelik lisans programı birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin yaşlılık ve yaşlanmaya ilişkin düşüncelerinin ve görüşlerinin değerlendirilmesi. DEUHYO ED. 2010; 3:15-22.
25. Adıbelli D, Türkoğlu N, Kılıç D. Öğrenci hemşirelerin yaşlılığa ilişkin görüşleri ve yaşlılara karşı tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2013; 6(1): 2-8.
26. Özdemir L, Akdemir N, Akyar I. Elderly evaluation form developed for nurses and geriatric problems. Turkish Journal of Geriatrics. 2005;8(2): 94-100.
27. Kanbay Y, Fırat M, Demir B ve ark. Lomaşen yaşlılık inanç ölçeği geçerlilik güvenilirlik çalışması. Palandöken Uluslararası Hemşirelik Eğitimi Kongresi, Tam Metin Bildiri. 2019; 216-220.
28. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 16. Baskı, Ankara, Pegem Akademi, 2012, 31-37.
29. Okoye UO, Obikeze DS. Stereo types and perceptions of the elderly by the youth in Nigeria: Implications for socialpolicy. J Appl Gerontol. 2005;24(5): 439-452.
30. Kotzabassaki S, Vardaki Z, Andrea S, Parissopoulos S. Student nurses' attitudes towards the care of elderly persons: A pilot study. ICUs Nurs Web J. 2002;12(4):1-9.
31. Çelik SS, Kapucu S, Tuna Z, Akkus Y. Views and attitudes of nursing student towards ageing and older patients. Australian AJAN. 2010;27(4): 24-30.
32. Ünalan D, Soyuer F, Elmali F. Geriatri Merkezi Çalışanlarında Yaşlı Tutumunun Değerlendirilmesi. Kafkas J Med Sci. 2012; 2:115-20.
33. Kavlak Y, Yıldız Ş, Tug O. Nurses' attitudes towards older people: report from a single institution study. Int J Phys Med Rehabil. 2015; 3:296.
34. Başer G, Cingil D. Attitude and discrimination levels of care personnel working in retirement home. Türk Geriatri Derg. 2018; 21(3):446-455.
35. Ögenler O, Yapıcı G, Taşdelen B ve ark. Mersin ilinde bir grup hekimin yaşlı ayrımcılığı hakkındaki görüşleri. Turkish Journal of Geriatrics. 2012; 15(4):409-415.
36. Salman M, Gülçek E, Aylaz R, ve ark. Evaluation of nursing students' attitudes towards the elderly. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (Ysad)-(Eirj). 2018;11(2): 1-7.
37. Bulut E, Çilingir D. Attitudes of Surgical Nurses to the Elderly. Türk Geriatri Derg. 2016;19(4):253-259.
38. Koç A, Öztaş D, Uysal N ve ark. Clinical nurses' thought and attitudes of the elderly. Ankara Med J. 2018;4(4):500-7.
39. Kaçan H, Dibekli E, Akkan K. Toplumda yaşayan bireylerin yaşlı ayrımcılığı tutum düzeylerinin incelenmesi. YSAD-EIRJ. 2018; 11(2):8-15.
40. Altay B, Aydın T. Evaluation of Nursing Students' Attitudes Towards Elderly Discrimination. Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015;12(1):11-18.
41. Güven ŞD, Muz GU, Ertürk NE. Üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve bu tutumların bazı değişkenlerle ilişkisi. Anadolu Hemş ve Sağlık Bil Derg. 2012;15:99-105.
42. Yılmaz E, Özkan S. Attitudes of Nursing Students on Elderly Discrimination. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;3:35-53.
43. Serpen AS, Purutçuğlu E. Social Work Students Attitudes Toward Elderly People: Samle of Ankara University. The Eurasia Proceedings of Educational & Social Sciences (EPSS). 2017; 7:175-182.
44. Alkaya Ayaz S, Okuyan Birimoğlu C. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı bireylere yönelik tutumları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017; 4(1): 43-52.
45. Johannesen M, Lo Giudice D. Elder abuse: A systematic review of risk factors in community dwelling elders. Age Ageing. 2013; 42(3): 292-298.
46. Ertin H, Özkaya H. Etik açıdan yaşlıya kötü muamale: İstismar ve Toronto Bildirgesi. Türkiye Klinikleri Dergisi. 2016; 2(2):77-84.
47. Çoban A, Şirin A. Ailede yaşlı bakımı. Hemşirelik Forumu Dergisi. 2005; 58-61.

Yaşlılarda Depresyon Düşme Sıklığı ile İlişkilendirilebilir mi? May Depression Be Associated with the Frequency of Falls in the Elderly?

Feyza Mutlay¹, Neziha Erken¹, Fatma Sena Dost Günay¹, Derya Kaya¹, Ahmet Turan Işık¹

103

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Geriatri Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Amaç: Düşme, yaşlı kişilerde yaygın olarak görülen ve bireylerin bağımsızlığını tehdit eden önemli bir sağlık sorunudur. Düşme için önenebilir risk faktörlerinin tanınması ve ortadan kaldırılması bireyin yaşam kalitesi için önemlidir. Yaşlı bireylerde sık görülen sendromlardan biri olan geriatric depresyonun tanınması ve tedavisinin başlanması ayrıntılı geriatric değerlendirme ile mümkün olmaktadır. Bu çalışmanın amacı, yaşlılarda sık görülen iki sendrom olan geriatric depresyon ile düşme arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya 60 yaş ve üzeri 1372 hasta alındı. Çalışmamız kesitsel retrospektif olarak dizayn edildi. Katılımcıların sosyodemografik verileri, son bir yıldaki düşme sıklığı öyküsü, geriatric depresyon ölçeği puanları, yürüme ve denge ölçeklerini içeren Ayrıntılı Geriatric Değerlendirme verileri hasta takip dosyalarından incelenerek değerlendirildi. Elde edilen sonuçlarla prevalans analizi yapıldı.

Bulgular: Düşme, depresyon tanısı olan grupta, depresyon tanısı olmayan gruptan anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla %35,2; %26,7, p=0,003). Her iki grup yaş açısından benzerlik göstermekteydi. Depresyon tanısı alanlarda kadın cinsiyet oranı daha fazlaydı (p<0,001). Düşme, depresyon tanılı yaşlı olgularda "Zamanlı Kalk ve Yürü Testi" ve Performans Odaklı Mobilite Değerlendirmesi (POMA) skorları ile korele bulundu (p<0,001).

Sonuç: Depresyon ve düşme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Düşme öyküsü olan depresyon tanılı hastaların yürüme ve denge durum değerlendirmesi ve bu durumların yönetimi gözden geçirilmelidir. Depresyonu olan yaşlı bireyler düşme açısından titizlikle sorgulanmalı ve takip edilmelidir. Bu konuda yapılacak destekleyici çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Düşme, geriatric depresyon, geriatric sendrom, yaşlı

Aim: Falls are an important health problem that is common in older people and threatens individual's independence. Recognition and elimination of preventable risk factors for falls is important for individual's quality of life. Recognizing and initiating the treatment of geriatric depression, which is one of the most common syndromes in elderly individuals, is possible with Comprehensive Geriatric Assessment. The aim of this study is to reveal the relationship between two common syndromes in elderly, geriatric depression and falls.

Material and Methods: 1372 patients aged 60 and over were included in the study. Our study was designed as a cross-sectional retrospective. Sociodemographic data of the participants, history of falls frequency in the last year, geriatric depression scale scores, Comprehensive Geriatric Assessment data including gait and balance scales were analyzed from patient follow-up files. Prevalence analysis was performed with the results obtained.

Results: Falls was significantly higher in the group with a diagnosis of depression than the group without a diagnosis of depression (35.2%; 26.7%, respectively, p=0.003). There was no significant age difference between the two groups. The female gender ratio was higher in those diagnosed with depression. Falls was found to be correlated with "Timed Up and Go Test" and Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) scores in elderly patients diagnosed with depression (p<0.001).

Conclusions: There is a significant relationship between depression and frequency of fall. The gait and balance status assessment of patients diagnosed with depression with a history of falls and the management of these conditions should be reviewed. Elderly individuals with depression should be meticulously questioned and followed up in terms of falls. Supportive studies are needed in this regard.

Keywords: Falls, geriatric depression, geriatric syndrome, elderly

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Uzm.Dr. Feyza Mutlay¹

E-posta / E-mail: feyzamutlay@gmail.com

Adres / Address: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Geriatri Bilim Dalı, Balçova, İzmir, Türkiye

Telefon / Phone: +90 232 412 4345

Geliş Tarihi / Received: 15.11.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 30.12.2020

GİRİŞ

Düşme yaşlı bireylerde artmış sakatlık, ölüm ve tıbbi hastalıkların kötüleşmesi ile ilişkili sık görülen bir sendromdur. Ülkemizde yaşlı bireyler ile yapılan bir çalışmada düşme sıklığı %33,6 saptanmıştır [1]. Yaşlı kişilerde düşmeler, düşmeye karşı savunmasızlığı arttıran yaşa bağlı iç faktörler ve dış streslerden kaynaklanmaktadır. Önlenabilir faktörlerin saptanması ve ortadan kaldırılması yaşlı bireylerin yaşam kalitesi için önemlidir.

Yaşlı kişilerde bir diğer sık görülen sendrom olan depresyonun toplumumuzdaki sıklığının %35 olduğu tahmin edilmektedir [1]. Depresyon, hızlandırılmış bilişsel bozukluk ve engellilik gibi sonuçlarla ilişkilidir [2]. Ayrıntılı geriatrik değerlendirmenin bir parçası olan depresyon ölçekleri depresyonun tanısı ve tedavisinde yol gösterici olabilmektedir.

Halk sağlığı açısından önemine rağmen, depresyonu olan kişilerde düşme sıklığı büyük ölçüde bilinmemektedir. Buradan yola çıkarak planlanan bu çalışmada, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı'na başvuran ve ayrıntılı geriatrik değerlendirme yapılan bireylerde depresyon ve düşme sıklığı arasındaki ilişkiyi inceledik.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmada Ocak 2013-Eylül 2020 tarihleri arasında düzenli takibe gelen ve dosya bilgileri tam olan 1372 olgunun poliklinik kayıtları incelendi. Olguların demografik özellikleri, son bir yıldaki düşme anamnezi, laboratuvar değerleri, nörokognitif ve duyu durum değerlendirme, yürüme ve denge durum değerlendirme, ortostatik hipotansiyon sonuçları kaydedildi. Ortostatik hipotansiyon,

eğik masa testi (tilt table test) ile değerlendirilmiştir. Hastalar en az 5 dakika supin pozisyonda dinlendikten sonra yatarak ve sedye 60°-80° eğikliğe getirildikten 3 dakika sonra tansiyon ölçümleri otomatik (M69S Hasta Monitörü; Biolight, Zhuhai, Çin Halk Cumhuriyeti) olarak ölçülmüştür. Sistolik kan basıncında en az 20 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncında 10mmHg düşme ortostatik hipotansiyon olarak belirlenmiştir[3].

Düşme, kişinin bilinç kaybı olmaksızın, istemeden yere veya bulunduğu düzeyin aşığına inmesi ile sonuçlanan beklenmedik olay olarak tanımlandı. Depresyon tanısı kliniğimizde Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası (YGDS) kullanılarak belirlenmişti. Bu skalaya göre 5 ve üzeri puan alan kişilere depresyon tanısı konuldu [4]. Nörokognitif değerlendirme için eğitim durumu 11 yılın altında olan hastalar Mini Mental Durum Değerlendirmesi (MMSE), 11 yıl ve üzerinde olan hastalar ise Montreal Kognitif değerlendirme ölçeği (MoCA) ile ölçeklendirildi. Eşlik eden hastalıklar, Uluslararası Tamı Kodlama Sistemi (International Statistical Classification of Diseases - ICD) ile değerlendirilerek Charlson Komorbidite İndeks (CKI) puanlaması yapıldı.

Verilerin istatistiksel analizi için IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Amork, NY: IBM Corp. programı kullanıldı. Veriler ortalama \pm SD olarak belirtildi. Grupların ortalama değerleri Student's t testi ile karşılaştırıldı. Kategorik değişkenlerin yorumu için Ki-kare ve Fischer's exact testleri kullanıldı. P<0,05 olması anlamlı kabul edildi. Bulgular istatistiksel olarak frekans dağılımı yönünden değerlendirildi. Değişkenler arasındaki ilişki için logistik regresyon analizi kullanıldı.

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (28.06.2018 tarihli, 2018/16-14 karar nolu) alınmıştır. Katılımcılarından

Tablo I. Tüm örneklemin tanımlayıcı verileri

	Depresyonu olan n:484	Sağlıklı gönüllü n:888	<i>p</i>
Cinsiyet (K/E)*	74,5 / 25,5	60,6 / 39,4	<0,001
Yaş (yıl)	73,81 ± 7,64	73,48 ± 7,67	0,779
CKI ^a	1 (0-8)	1 (0-7)	0,003
Düşme*	35,2	26,7	0,003
Hemoglobin (g/L)	13,04±1,89	13,06±1,44	0,613
25 hidroksi vitamin D (ng/mL)	33,07±38,20	22,61±12,40	0,639
Vitamin B12 (pg/mL)	295,71±227,70	419,91±309,52	0,067
TSH (mIU/L)	1,88±0,61	1,78±2,69	0,297
GFR (ml/dk)	61,37±20,69	76,45±19,02	0,700
OH (3.dk)	27,3	19,4	0,136
POMA	24,64 ± 4,57	25,81 ± 4,97	0,001
Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (sn)	14,43 ± 8,66	12,39 ± 7,34	<0,001
MMSE	22,96±6,60	23,34±6,74	0,526
MOCA	21,68±5,02	23,37±5,07	0,503
YGDS	5,08±3,63	2,14±2,83	<0,001

*Yüzde olarak verilmiştir; ^aOrtanca (en düşük - en yüksek)

CKI: Charlson komorbidite indeksi; GFR:Glomerül filtrasyon hızı; OH:Ortostatik hipotansiyon; POMA: Performans odaklı mobilite değerlendirme; MMSE: Mini mental durum değerlendirme; MOCA: Montreal kognitif değerlendirme ölçeği; YGDS: Yesavage geriatric depresyon skalası ; TSH: Tiroid stimulan hormon

bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensiplerine uygun şekilde yürütülmüştür.

BULGULAR

Poliklinik takibindeki 1372 kişiden 484'ü depresyon tanısı almıştı. Depresyon tanısı alan bireylerin ortalama yaşı 73,81±7,64; depresyon tanısı almayanların ise 73,48±7,67'idi. Yaş dağılımı açısından iki grup arasında belirgin farklılık yoktu (p:0,779). Cinsiyet dağılımı incelendiğinde depresyon tanısı alanlarda kadın/erkek oranı %74,5/%25,5 (360/124); sağlıklı grupta %60,6/%39,4 (538/350) olarak belirlendi. Depresyon tanısı alanlarda kadın cinsiyet oranının daha fazla olduğu görüldü (p:<0,001). Charlson komorbidite indeksi depresyon tanısı alan grupta daha yüksek bulundu (p:0,003) (Tablo I).

Düşme sıklıkları değerlendirildiğinde depresyon tanısı alan grupta %35,2 (170); depresyon tanısı almayan grupta %26,7 (236) olarak saptandı. Düşme sıklığı depresyon tanısı alan grupta anlamlı olarak fazla saptandı (p:0,003).

Laboratuvar verilerini incelediğimizde hemoglobin, D vitamini, B12 vitamini, tiroid stimulan hormon (TSH), kreatinin klirensi (GFR) değerlerinin iki grupta benzer olduğu görüldü.

Düşme etyolojisini belirlemek açısından bakılan ortostatik hipotansiyonun görülme sıklığı depresyon tanısı alan grupta %27,3; sağlıklı grupta %19,4 saptandı. Gruplar arasında ortostatik hipotansiyon yönünden anlamlı farklılık yoktu (p:0,136). POMA skorları depresyon tanısı alan grupta daha düşük saptandı (p:0,001). "Zamanlı kalk ve yürü testi" sürelerine bakıldığında

Tablo II. Depresif hastalarda düşme öyküsü olanların ve olmayanların özellikleri

	Düşme öyküsü olan n:172	Düşme öyküsü olmayan n:312	P
Cinsiyet (K/E) *	35,6 / 34,4	64,4 / 65,6	0,822
Yaş (yıl)	75,28 ± 7,45	73,02 ± 7,64	0,002
CKI^a	1 (0 – 6)	1 (0 – 8)	0,004
Hemoglobin (g/dL)	12,76 ± 1,29	12,68 ± 1,43	0,550
25 hidroksi vitamin D (ng/mL)	21,08 ± 11,22	21,97 ± 14,76	0,480
Vitamin B12 (pg/mL)	457,88 ± 366,27	420,72 ± 319,07	0,271
TSH (mIU/L)	1,62 ± 1,32	1,72 ± 1,50	0,493
GFR (ml/dk)	73,04 ± 16,59	74,92 ± 18,18	0,268
OH (3.dk)	41,7	58,3	0,722
POMA	23,32 ± 4,96	25,37 ± 4,17	<0,001
Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (sn)	16,70 ± 10,60	13,20 ± 7,12	<0,001
MMSE	22,17 ± 6,19	23,42 ± 6,81	0,254
MOCA	21,41 ± 5,30	21,85 ± 4,96	0,636
YGDS	5,36 ± 3,36	4,96 ± 3,75	0,242
Antidepresan ilaç kullanımı*	73,0	71,2	0,850

*Yüzde olarak verilmiştir; ^aOrtanca (en düşük - en yüksek)

CKI: Charlson komorbidite indeksi; GFR:Glomerül filtrasyon hızı; OH:Ortostatik hipotansiyon; POMA: Performans odaklı mobilite değerlendirme; MMSE: Mini mental durum değerlendirme; MOCA: Montreal kognitif değerlendirme ölçeği; YGDS: Yesavage geriatric depresyon skalası; TSH: Tiroid stimulan hormon

Tablo III. Düşmesi olan depresif hastaların yaş, POMA, Zamanlı Kalk ve Yürü Testi ve MMSE ile ilişkisi

	B	OR	%95 GA	p
MODEL 1				
Yaş (yıl)	0,034	1,035	1,008 – 1,062	0,010
POMA	-0,096	0,908	0,870-0,948	<0,001
Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (sn)	0,048	1,049	1,023-1,075	<0,001
MMSE	-0,028	0,972	0,937-1,008	0,129
MODEL 2				
POMA	- 0,092	0,912	0,848 – 0,981	0,014
Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (sn)	0,000	1	0,963 – 1,038	0,980
MMSE	-0,014	0,986	0,945-1,209	0,516

Model 1. Düzeltme yapılmamıştır.

Model 2. Yaş ile düzeltme yapılmıştır.

GFR: Glomerül filtrasyon hızı; OH: Ortostatik hipotansiyon; POMA: Performans odaklı mobilite değerlendirme; MMSE: Mini mental durum değerlendirme; MOCA: Montreal kognitif değerlendirme ölçeği; YGDS: Yesavage geriatric depresyon skalası

depresyon tanısı alan grupta sürenin daha uzun olduğu görüldü (p<0,001).

Depresyon tanısı alan hastalar düşme öyküsü olma ve olmama durumlarına göre

incelendi. Düşme öyküsü olan grubun yaş ortalaması daha yüksek saptandı (p:0,002) (Tablo II). Komorbidite sayısı düşme öyküsü olan grupta daha fazlaydı (p:0,004). POMA skoru düşme öyküsü

olan grupta daha düşüktü ($p<0,001$). “Zamanlı kalk ve yürü testi” süresi düşme öyküsü olan grupta belirgin olarak daha uzundu ($p<0,001$).

Tablo III’de birinci modelleme de depresif hastalardaki düşme durumu ile yaş, denge ve bilişsel testler ile düzeltme yapılmadan her birinin etkisi görülmektedir. İkinci modelleme de ise yaş ile düzeltme yapıldığı zaman bu testlerden sadece POMA’nın anlamlılığını koruduğu görülmektedir (OR 0,912, GA%95 0,848 – 0,981, $p 0,014$)

TARTIŞMA

Çalışmamızda depresyon tanısı olan yaşlı bireylerin, depresyon tanısı olmayan yaşlı bireylere kıyasla anlamlı olarak daha fazla düştükleri belirlenmiştir. Buna ilaveten depresyon tanılı bireyler ele alındığında düşme ile denge ve yürümeyi değerlendiren ölçek skorlarının korele olduğu gösterilmiştir.

Düşme yaşlı bireyler arasında yaygın olarak görülen bir geriatric sendromdur. Çalışmamızda yaşlılarda düşme sıklığı %29,7 olarak saptanmıştır. Bu sıklık Amerika Birleşik Devletleri’nde 65 yaş üstü kişilerde yapılan bir çalışmanın sonuçları ile (%27,5) ile benzerlik göstermektedir [5]. Düşmeye yol açan nedenlerin belirlenmesi önemlidir. Depresyon düşmenin önemli ve sıklıkla gözden kaçabilen, tedavi edilebilir bir nedenidir. Literatürde depresyon sıklığı toplumlar arasında farklılık göstermektedir. 2013 yılında batı ülkelerinde yapılan bir metanalizde depresyon sıklığı yaşlı bireylerde %16,5 saptanmıştır [6]. 2017 yılında yapılan bir meta-analizde ise depresyon sıklığı %21.1

saptanmıştır [7]. Bizim çalışmamızda depresyon sıklığı %35,3 saptandı. Ülkemizde yapılan 2018 yılındaki bir çalışmada ise depresyon sıklığı bizim çalışmamıza benzer şekilde %35 saptanmıştır [1]. Toplumlar arasındaki depresyon görülme sıklığı farkı, depresyon tanısı için altın standart testin olmayışı ve toplumlardaki sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Depresyon ve düşme sıklığı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada depresyon tanısı alan kişilerde düşme riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [8]. 2015 yılında yayınlanan 488 yaşlı bireyin katıldığı prospektif bir çalışmada düşme riski, depresyon ve antidepressan ilaç kullanımı ile ilişkili bulunmuştur [9]. Çalışmamızda literatürde yer alan daha önceki verilere paralel olarak, depresyon tanılı bireylerde düşme sıklığının depresyon tanısı olmayan bireylerden daha fazla olduğu bulundu. Katılımcılar cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde kadın cinsiyette depresyon görülme sıklığının daha fazla olduğunu saptadık. Bu sonucun; depresyonun yaşlı bireylerde kadınları daha sık etkilemesi (ya da erkeklerin depresyon semptomlarını daha az bildirmesi) [10] nedeniyle beklenen bir sonuç olduğunu düşünmekteyiz. Depresyon tanısı alan hastalar içinde düşen ve düşmeyen hastalar kıyaslandığında cinsiyet oranı yönünden fark yoktu. Yaş açısından irdelendiğinde ise, depresyon tanılı düşen hastaların yaş ortalaması düşme öyküsü olmayanlara göre yüksekti. Düşmenin, ileri yaşla olan ilişkisinin nedeni daha fazla komorbidite, polifarmasi, kronik ağrı ve üriner inkontinans kaynaklanıyor olabilir [11].

POMA, yürüme ve dengeyi değerlendiren bir test aracıdır. 2018 yılında, 807 yaşlının dahil edildiği prospektif bir çalışmada POMA ve ‘‘Zamanlı Kalk ve Yürü’’ testleri düşme sıklığı ile korele saptanmıştır [12]. 2020 yılında yapılan bir çalışmada da düşme, POMA ve ‘‘Zamanlı Kalk ve Yürü’’ testlerinden alınan kötü sonuçlarla ilişkili bulunmuştur [13]. Bizim verilerimiz önceki çalışmaları destekler niteliktedir; depresyon tanısı alanların POMA skoru depresyonu olmayanlara göre düşüktür. Çalışmamızda literatüre katkı olarak; depresyon tanısı alan yaşlılarda düşme öyküsü olan grupta, düşme öyküsü olmayanlara göre POMA skorları anlamlı derecede düşük saptandı. Bununla birlikte, kesitsel niteliğinden dolayı çalışmamız bu ilişkinin sebep-sonuç ilişkisini söyleyememektedir. Bu nedenle, depresyonlu yaşlı bireylerin denge ve yürüme sağaltımı sonrası düşme sıklıklarının azalıp azalmayacağı konusunda ya da düşmesi olan yaşlı bireylerin denge ve yürüme rehabilitasyonu sonrası depresif duygu durumlarında iyileşme olabileceğini gösterecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda depresyon tanılı olguların daha fazla komorbiditesi olduğu gözlemlendi. Artan komorbidite sayısının ise polifarmasiye neden olduğu bilinmektedir. Depresyon tanılı bireylerde polifarmasi sıklığının yüksek olması ve polifarmasinin düşme sıklığı, POMA ve ‘‘Zamanlı Kalk ve Yürü’’ testlerinin kötü sonuçları ile ilişkili olabilmesi nedeniyle [14], depresyonlu olan yaşlı bireylerin düşme öyküsü olsun olmasın polifarmasi mücadelesi yapılmalıdır.

Literatürde düşme sıklığı ve laboratuvar verilerini inceleyen bazı çalışmalar

bulunmaktadır. Çok merkezli bir çalışmada B12 ve D vitamini düzeyleri düşme ile ilişkilendirilmemiştir [15]. Başka bir çalışmada ise B12 vitamini eksikliğinin sarkopeni prevalansında artışa neden olduğu ve sarkopeninin de düşme sıklığında artışa yol açtığı gösterilmiştir [16]. Bizim verilerimizde depresyon tanısı ve düşme sıklığı ile birlikte değerlendirildiğinde B12 vitamini ve D vitamini ölçümlerinde anlamlı fark bulunmamıştır. Bunun nedeni sonuçlarımızda standart sapma aralığının geniş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızın bazı kısıtlı yönleri bulunmaktadır. Kesitsel retrospektif dosya kayıt bazlı dizaynı bunların başında gelmektedir. Bunun yanı sıra çalışmamız, klinik pratikte düşme öyküsü olan depresyonlu yaşlı bireylerin yürüme ve denge değerlendirmelerinin yapılmasının önemine dikkat çekmektedir.

SONUÇ

Düşme yaşlı bireylerin mortalite ve morbiditesini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Düşmeye yol açabilecek önlenemez nedenlerin saptanması ve risk altında olan yaşlıların belirlenmesi önemlidir. Günlük pratikte depresyon tanısı alan kişilerde düşme sıklığının artmış olabileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıntılı geriatric değerlendirme ile düşme riski olan yaşlı bireylerin depresyon tanısı ve tedavi planı gözden geçirilmelidir.

Çıkar Çatışması ve Fonlama

Çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını belirtir.

Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (28.06.2018 tarihli, 2018/16-14 karar nolu) alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Ates Bulut E, Soysal P, Isik AT. Frequency and coincidence of geriatric syndromes according to age groups: Single-center experience in Turkey between 2013 and 2017, *Clin. Interv. Aging*. 2018; 13; 1899-1905.
2. Potter G G, McQuoid D R, Whitson H E, et al. Physical frailty in late-life depression is associated with deficits in speed-dependent executive functions, *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2016; 31(5); 466-474.
3. Aydın A E, Soysal P, Isik A T. Which is the preferable for diagnosis of orthostatic hypotension diagnosis in older adults, *Clin. Interv. Aging*. 2017; 12; 207-212.
4. Durmaz B. Validity and Reliability of Geriatric Depression Scale - 15 (Short Form) in Turkish older adults, *North. Clin. Istanbul*. 2017; 5(3); 216-220.
5. Moreland B, Kakara R, Henry A, et al. Trends in Nonfatal Falls and Fall-Related Injuries Among Adults Aged ≥65 Years - United States, 2012-2018, *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep*. 2020; 69(27), 875-881.
6. Volkert J, Schulz H, Härter M, et al. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries - a meta-analysis, *Ageing Res. Rev*. 2013; 12(1); 339-353.
7. Van Agtmaal M J M, Houben A J H M, Pouwer F, et al. Association of microvascular dysfunction with late-life depression: A systematic review and meta-analysis, *JAMA Psychiatry*. 2017; 74(7); 729-739.
8. Smith A de A, Silva A O, Rodrigues R A P, et al. Assessment of risk of falls in elderly living at home, *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, 2017; 25.
9. T. Kvelde et al. Depressive symptoms increase fall risk in older people, independent of antidepressant use, and reduced executive and physical functioning, *Arch. Gerontol. Geriatr*. 2015; 60(1); 190-195.
10. Barry L C, Allore H G, Guo Z, et al. Higher burden of depression among older women: the effect of onset, persistence, and mortality over time, *Arch. Gen. Psychiatry*. 2008; 65(2); 172-178.
11. N. Ulusoylar. Geriatrik Sendromlarda Düşme Sıklığı, *Geriatrik Bilimler Dergisi / Journal of Geriatric Science* 2019; 2 (1): 8-13
12. Hars M, Audet MC, Herrmann F, et al. Functional Performances on Admission Predict In-Hospital Falls, Injurious Falls, and Fractures in Older Patients: A Prospective Study, *J. Bone Miner. Res*. 2018; 33(5); 852-859.
13. Magnuszewski L, Swietek M, Kasiukiewicz A, et al. Health, functional and nutritional determinants of falls experienced in the previous year—a cross-sectional study in a geriatric ward, *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(13); 1-13.
14. Isik A T and Soysal P. Dementia-Related Results of 'Costs of Medication in Older Patients: Before and After Comprehensive Geriatric Assessment, *Am. J. Alzheimers. Dis. Other Demen*. 2018; 33(8); 497-499.
15. Dokuzlar O et al. Factors that Increase Risk of Falling in Older Men according to Four Different Clinical Methods, *Exp. Aging Res*. 2020; 46(1); 83-92.
16. Bulut E A, Soysal P, Aydın A E, et al. Vitamin B12 deficiency might be related to sarcopenia in older adults, *Exp. Gerontol*. 2017; 95; 136-140.

Investigation of the Relationship of Recommended Home Exercises with Dual-Task Training for the Elderly with Physical Activity Level, Life Quality and Kinesiophobia

Yaşlılarda Çift Görev Eğitimiyle Önerilen Ev Egzersizlerinin Fiziksel Aktivite Düzeyi, Yaşam Kalitesi ve Kinezyofobiyle İlişkisinin İncelenmesi

Ömer Şevgin^{1,2}, Kerem Alptekin¹

¹Bahçeşehir University, Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Istanbul, Turkey

²Beşiktaş Municipality, Istanbul, Turkey

Amaç: Yaşlılarda ev egzersizlerinin çift görev eğitimiyle birlikte yapılmasının fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesine etkisini incelemek ve ev egzersizlerinin hareket korkusuna etkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya 65 yaş üstü 60 gönüllü katılımcı alındı. Katılımcıların yaş ortalaması 81, yüzde 70'i kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcılar randomize kontrollü olarak tek ve çift görev grubu adında 2 eşit gruba ayrıldı. Her iki gruba standart ev egzersiz protokolü uygulanırken; çift görev grubuna ek bilişsel görevler verildi. Katılımcılara haftada 3 gün olacak şekilde 4 hafta boyunca ev ortamında fizyoterapist eşliğinde 45dk'lık 12 seans egzersiz yaptırıldı. İlk seans öncesi ve son seans sonrası katılımcılara Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü, Berg Denge Ölçeği, Düşme Etkinlik Ölçeği, Tampa Kinezyofobi Ölçeği, Yaşlılar için Fiziksel Aktivite Ölçeği, Zamanlı Kalk Yürü Testi ve Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçekleri ile değerlendirme yapıldı.

Bulgular: Gruplar arasında yapılan analizde Berg Denge Ölçeği, Yaşlılar için Fiziksel Aktivite Ölçeği ve Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeklerinin sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Tek ve çift görev eğitimi ile yapılan ev egzersizlerinin hareket kaygısı üzerine etkisinin anlamlı olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Sonuç: Çift görev eğitimi ile yapılan ev egzersizleri; tek görev eğitimi ile yapılan ev egzersizlerine göre dengeyi geliştirme, fiziksel aktivite düzeyini artırma ve bilişsel performansı artırma konusunda daha başarılıdır. Yaşlılarda ev egzersizlerinin çift görev eğitimi ile birlikte verilmesi bilişsel performansın ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığın artması için olumlu katkı sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Çift görev egzersizleri, ev egzersizleri, geriatric fizyoterapi, fiziksel aktivite, yaşlanma

Aim: To examine the effect of home exercises combined with dual-task training on physical activity level and quality of life in the elderly, and to investigate the impact of home exercises on fear of movement.

Material and Methods: 60 volunteer participants over the age of 65 were included in the study. The average age of the participants was 81 years, and 70% of the participants were women. Participants were randomly divided into two equal groups called single and dual-task groups. While standard home exercise protocol was applied to both groups, additional cognitive tasks were assigned to the dual-task group. Participants were given 45 minutes of exercise under a physiotherapist monitor in a home environment three days a week for four weeks. Before the first session and after the last session, the participants were evaluated with the World Health Organization Quality of Life Scale Elderly Module, Berg Balance Scale, Fall Efficiency Scale, Tampa Kinesiophobia Scale, Physical Activity Scale for Elderly, Timed Up and Go Test, and Montreal Cognitive Assessment Scales.

Results: In the analysis performed between the groups, the results of the Berg Balance Scale, the Physical Activity Scale for the Elderly, and the Montreal Cognitive Assessment Scales were found to be statistically significant ($p<0.05$). It was found that home exercises performed with single and dual-task training did not significantly affect movement anxiety ($p>0.05$).

Conclusions: Home exercises with dual-task training; It is more successful in improving balance, increasing physical activity level, and increasing cognitive performance compared to home exercises performed with single-task training.

Keywords: Dual-task exercises, geriatric physiotherapy, home exercises, physical activity, aging

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Ömer Şevgin¹

E-posta / E-mail: fztomersevgin@gmail.com

Adres / Address: Bahçeşehir Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Departmanı, Beşiktaş, İstanbul, Türkiye

Telefon / Phone: +90 506 978 75 35

Geliş Tarihi / Received: 28.11.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 29.12.2020

INTRODUCTION

With aging, the increase in distraction and the necessity of adapting walking to environmental factors make walking difficult. Therefore, the risk of falling increases in the elderly. Although research has focused on this topic, little is known about the interaction between dual-task and gait adaptation (1). Studies have shown that physical exercise improves walking, increases physical fitness, and prevents falls. However, adding cognitive training components to rehabilitation could potentially reduce these effects, as cognitive impairments are associated with gait disturbances and the risk of falls. Simultaneous cognitive-physical training has been shown to provide more improvement in dual-task walking compared to physical training (2). Improving walking performance in dual-task situations has become an important goal of rehabilitation for patients with neurological disorders (3). Studies examining the ability to participate in dual tasks while maintaining walking and balance simultaneously have suggested that centers in the brain display planning, blocking, and coordination functions to manage dual tasks. The prefrontal cortex, responsible for executive processes in the central nervous system, changes with age. In the literature, it is suggested that cognitive functions that are weakened due to this change can be improved by physical exercise and cognitive training. Single-task; it contains only one stimulus/task. Dual-task is defined as the simultaneous performance of two tasks that can be performed independently, measured separately, and have different goals(4). As a result of the changes in the nervous system with aging, slowing, and inability to perform dual task combinations is observed. With the dual-task training, re-learning processes are tried to be activated, and performance is aimed to be increased. Dual-task performances are evaluated with tests such as inability to walk while speaking, arithmetic calculation, tray, full glass test, and verbal fluency test. It is known that dual-task exercises are applied in

diseases such as stroke, multiple sclerosis, Parkinson's disease, obesity, and dementia (5).

Walking and balance exercises and cognitive activities should be done at the same time to perform many activities in daily life. Falls are frequently seen when performing a cognitive task during physical activity, especially in the elderly. It has been shown that the exercises performed with dual-task training in the elderly are effective in reducing the frequency of falling. Increasing the effectiveness of exercises protects against falls in daily life activities and during home exercise. More effective results are obtained when cognitive and physical exercises are applied together (6). A direct proportion was found between the two parameters in a study examining the risk of falling and dual-task performance. The importance of working on this issue in the clinic and dual-task training is emphasized (7). A sedentary lifestyle increases with age due to physiological changes in the body, and older adults spend 65% to 80% of their time while sitting. This deficiency in physical activity leads to adverse effects on cardio-metabolic health, muscle-tendon health, functional fitness, physical independence, and body composition (8).

Physical inactivity is a major health problem worldwide and causes many chronic degenerative diseases such as cardio-cerebrovascular disease, metabolic disease, musculoskeletal disorders, and frailty. Physical exercise has proven benefits for many health problems, including cardiovascular disease and all-cause mortality (9). Physical activity and participation in "leisure time" activities contribute positively to the quality of life in the elderly (10). Physical therapy applications at home are essential for reducing the rate of returning the elderly to hospital and reducing the need for the hospital. It is a preferred method to prevent hospitals and health institutions' density and reduce health expenses. Also, the sustainability of health

Table I. Inclusion and exclusion criteria from the study

INCLUSION CRITERIA	EXCLUSION CRITERIA
<ul style="list-style-type: none">➤ Persons who read the information form and signed the consent form➤ People aged 65 and over➤ People who applied to Beşiktaş Municipality Health Affairs Directorate to receive physiotherapy and rehabilitation services at home from Beşiktaş Municipality.➤ Those who have 'Physical therapy at home' report➤ Getting 24 or more points from the Mini-Mental Test.➤ Being literate➤ No history of dizziness vestibular➤ Not having an uncontrolled systemic disease➤ People who do not have any cognitive and orthopedic health problems that prevent evaluation	<ul style="list-style-type: none">➤ Persons with disabilities that affect the assessment such as vision and hearing➤ Having a cardio-respiratory disease that may interfere with the activity➤ People who score less than 24 points in the mini-mental test

services that patients can benefit from in a limited time is also ensured.

MATERIAL AND METHODS

The study was initiated after obtaining approval from the Bahçeşehir University Clinical Research Ethics Committee (04.09.2019 - 2019-12/07) and conducted under the Declaration of Helsinki. Written informed consent was obtained from patients who participated in this study.

Participants:

Participants in the study were informed that the information would only be used for research purposes, and verbal and written approval was taken. In our randomized controlled study, people aged 65 and above who live in the Beşiktaş district of Istanbul province and receive physiotherapy and rehabilitation services at home were included. Inclusion and exclusion criteria from the study are shown in Table I. Participants were divided into a single task and dual-task group in a randomized and controlled manner.

Testing:

Home exercises were given to the dual-task group together with the dual-task training. Only home exercises were given to the single-task group. The exercises were done in the participants' own homes for four weeks, three days a week, in the presence of a physiotherapist. All exercises were performed

by the same physiotherapist. A total of 12 sessions of 45-minute exercise training were conducted. MMT (Mini-Mental Test) and EHSCT (Evaluation of Home Safety Conditions in Terms of Fall) tests were performed for participation in the study. WHOQL-OLD (World Health Organization Quality of Life Elderly Module), BBS (Berg Balance Scale), FES (Falling Efficiency Scale), TSK(Tampa Kinesiophobia Scale), TUGT (Timed Get Up and Go Test), PASE (Physical Activity Scale for the Elderly) and MOCA (Montreal Cognitive Assessment Scale) tests were applied (11-19).

Exercises:

Rehabilitation protocols applied to the participants are shown in Table II and Table III.

Statistical Analysis

Statistically, the p-value (<0.05) was considered significant, with 95% of a confidence interval. The data suitable for normal distribution was determined using the Shapiro Wilk and Kolmogorov-Smirnov tests. The groups are evaluated with paired sample t-test; intergroup evaluation was analyzed by independent t-test.

Table II. Single-task exercise group rehabilitation protocol

EXERCISES	DURATION (min)	SINGLE TASK GROUP
Warm-up moves	~5	Breathing exercises, raising the shoulders, pulling the knee to yourself, shaking the arms, counting as if walking slightly, circular movements of the head, lifting and turning the arms
Calisthenic exercises (muscle strengthening)	~10	Straight leg raising and lowering, Towel exercises, Stick exercises, Isometric exercises
Walking exercises	~10	Lightweight pre-walking exercises in the form of counting on the spot, Soldier walking exercises, walking exercises around the chair, walking exercises at light or varying pace
Balance exercises	~10	Standing exercises on one and two legs, Balance exercises with eyes open and closed, Standing exercises with or without support,
Stretching exercises	~5	Lying down exercises against movements that provoke balance
Cooling movements	~5	Static and dynamic stretching exercises involving large muscle groups

Table III. Dual-task exercise group rehabilitation protocol

EXERCISES	DURATION (min)	DUAL TASK GROUP
Warm-up moves	~5	Breathing exercises, raising the shoulders, pulling the knee to yourself, shaking the arms, counting as if walking slightly, circular movements of the head, lifting and turning the arms
Calisthenic exercises (muscle strengthening)	~10	Raising and lowering the leg straight, Towel exercises, Sticks exercises, Isometric exercises. The patient is asked to count the colors while moving to the sitting position while standing. While exercising, the patient is asked to count 5 and 5 from 100. The patient is asked to count by adding 3 to 1 while exercising.
Walking exercises	~10	Lightweight pre-walking exercises in the form of counting on the spot, Soldier walking exercises, walking exercises around the chair, walking exercises at light or varying tempo. The patient is asked to carry a glass of water in his hand while walking. The patient is asked to repeat the words said while walking. The patient is asked to count by adding 3 to 1 while exercising. The patient is asked to turn the arms in a circle while walking.
Balance exercises	~10	Standing exercises on one and two legs, Balance exercises with eyes open, standing exercises with or without support, Lying-down exercises against movements that provoke balance. While sitting, the person is asked to count the months of the year while standing up is asked to count forward. While the patient is standing without support; patients are asked to count the geographical regions of Turkey. While the patient is standing with eyes closed; the patient is asked to count the names starting with the letter 'O'.
Stretching exercises	~5	Static and dynamic stretching exercises involving large muscle groups
Cooling movements	~5	Exercises involving slightly large muscle groups before returning to normal following exercises

RESULTS

Sixty volunteer participants over the age of 65 were included in the study. While 70% of the participants were women, the average age of all participants was 81. Descriptive information of the participants is shown in Table IV. Information on the health history of the participants is shown in Table V. While the results of WHOQL-OLD, FES, TUGT, and TSK among single and dual-task groups were statistically insignificant, the results of BBS,

PASE, and MOCA were found to be statistically significant between groups ($p < 0.05$). The results of the tests evaluated before and after the treatment are shown in Table VI.

DISCUSSION

We evaluated the balance statically and dynamically using the Berg Balance Scale and Falling Efficiency Scale. Dual or single tasks

Table IV. Distribution of demographic information of participants

	Single-task group (n:30)	Dual-task group (n:30)
Age (years)	81.4 ± 7.25 (66-94)	80.5 ± 7.48 (66-95)
Gender (female/male)	18 / 12	24 / 6
Education (pre-school/high school)	16 / 14	13 / 17
Body Mass Index (kg/cm ²)	28.11 (20.1-36.7)	27.8 (20.2-35.4)

Values are means ± standard deviations (minimum-maximum)

Table V. Descriptive information about the health history of the participants

Disease	Single-Task (n)	Dual-Task (n)
Parkinson's	3	2
Cervical DH	4	3
General old age	1	2
Lumbar DH	7	6
Gonoarthritis	7	8
Knee arthroplasty	3	2
Coxarthrosis	1	1
Hip arthroplasty	3	2
Diabetes	1	1
Hip fracture	0	1
Hemiparesis	0	2

DH: Disc Herniation

Table VI. Comparison of test results of single-task and dual-task groups

Results		Single-Task Group	Dual-Task Group	Inter-group difference
Parameters	Tests	Before/After	Before/After	
Life Quality	WHOQLOLD	80.23 / 82.46	77.36 / 79.66	0.967
Balance	BBS	42.40 / 46.50	36.53 / 43.56	0.002*
	FES	35.36 / 28.10	39.23 / 29.83	0.324
Agility and Dynamic Balance	TUGT(second)	13.96 / 11.46	13.53 / 10.90	0.736
Kinesiophobia	TSK	42.73 / 43.10	43.13 / 43.23	0.788
Physical Activity	PASE	25.36 / 29.33	20.73 / 28.00	0.010*
Cognitive Functions	MOCA	20.90 / 22.10	20.10 / 23.43	0.000*

**p* < 0.05

WHOQLOLD: World Health Organization Quality of Life Elderly Module, BBS: Berg Balance Scale, FES: Falling Efficiency Scale, TUGT: Timed Get Up and Go Test, TSK: Tampa Kinesiophobia Scale, PASE: Physical Activity Scale for the Elderly, MOCA: Montreal Cognitive Assessment Scale

involving physical activity during walking were evaluated with the TUGT and PASE. In the studies conducted, the duration of intervention and the number of sessions is very variable, and it has been observed that there

are studies that mostly last four weeks (20-21). It has been observed in the literature that the longest interventions lasted 24 weeks and 16 weeks. The remainder of the interventions is reported to have a duration of 6 to 10 weeks.

This study was planned as three sessions per week for a total of 4 weeks. While session duration in the literature is 45 minutes in most studies; In some studies, it was planned as 50 minutes and some 60 minutes. In our study, the sessions were planned to be 45 minutes (21-25). It was observed that dual-task exercises had a positive effect on balance, physical activity level, and cognitive performance compared to single-task exercises. Both single-task and dual-task home exercises did not cause a significant change in reducing fear of exercise or reducing anxiety. The functional decline that occurs with aging causes difficulties in daily life activities and causes a decrease in the efficiency and speed of the brain's executive function (26). Daily actions such as walking while talking or reading advertisements while shopping in the market cause difficulties for the elderly. When the two actions' processing levels begin to deteriorate due to a decline in cognitive or executive functions, it becomes a potential threat to the elderly. The World Health Organization (WHO) estimates that people over the age of 60 make up 12% of the world population, and this rate will rise to over 22% by 2050. Dual-duty actions affecting walking performance are effective not only in individuals with neurological problems but also in healthy individuals (26-28). The aging of the population will cause a demographic change in the coming years, bringing about lifestyle changes. However, by increasing fragility, the risk of disability will increase, increasing addiction in the elderly (29). There is evidence that dual-task training has positive effects on improving balance, walking, and cognitive functions in the elderly (30-31). However, there is controversy in the literature regarding dual-task training. In our study, all these examples and evidence-based physical and cognitive functions were discussed together. The rate of female participants is higher in studies in the literature and our study. This is because women spend more time at home, have more weight problems, and have a longer life span (32). In studies involving dual-task

training, the effects on balance and walking were mostly examined, but cognitive functions remained in the background. The difference in our study from its peers in the literature is that it evaluates cognitive functions and examines the effectiveness of kinesophobia. No relationship was found between kinesophobia and physical activity. More studies are needed on this subject. While only orthopedic and neurological problems were the majority in the studies, healthy elderly individuals were also included in our study (33). In our study, the agility and dynamic balance performances of the patients who received single and double task training showed an improvement compared to the TUGT. In the literature, while the results of double-task training are superior to single-task training, the effect of single and double task training on walking speed was not found statistically significant in our study. There are some contradictions in evaluating the results obtained due to the sample size ($n < 30$) in some studies showing a shortcoming of these studies. Therefore, the sample size was decided to be 60 to prevent these contradictions (33).

The absence of fear and anxiety or minimizing them increases the effectiveness of the exercises given in the home environment. Studies have been conducted in a variety of settings, including clinical settings or nursing homes. Studies performed in the home environment are rare; one of them is our study. This is another advantage that distinguishes the study from others. In our study, double-task and single-task exercises positively affect balance, physical activity level, and cognitive functions. However, while the change in patients who received dual-task training was significant; This change was found to be statistically insignificant in patients who received single task training. Kinesiophobia results were normal before and after treatment. There was no significant difference in kinesophobia values before and after the treatment in both groups. It was observed that the patients did not have any anxiety that could

prevent them from doing the exercises. Physical activation levels showed a positive change in both groups. There was a significant change in physical activities, such as the patients' participation in housework, gardening, and social life. There was no significant difference in reducing kinesiophobia with home exercises. It is known that physical activity reduces cognitive impairment in the elderly, aerobic exercises and resistant exercises improve executive functions, and cognitive impairment decreases even in low-intensity physical activity.

Our study determined that the cognitive performance development associated with executive functions with dual-task training was higher. We can also increase cognitive performance and reduce falls by providing dual-task training to older adults who exercise at home.

Conflict of Interest and Funding

The authors declare no conflict of interest.

The study was not funded.

Ethics Committee Approval

The study was initiated after obtaining approval from the Bahçeşehir University Clinical Research Ethics Committee (04.09.2019 - 2019-12/07)

REFERENCES

1. Conradsson D, Hinton DC, Paquette C. The effects of dual-tasking on temporal gait adaptation and de-adaptation to the split-belt treadmill in older adults. *Exp Gerontol.* 2019; 125:110655.
2. Eggenberger P, Theill N, Holenstein S et al. Multicomponent physical exercise with simultaneous cognitive training to enhance dual-task walking of older adults: a secondary analysis of a 6-month randomized controlled trial with 1-year follow-up. *Clin Interv Aging.* 2015; 10:1711-32.
3. Fritz NE, Cheek FM, Nichols-Larsen DS. Motor-Cognitive Dual-Task Training in Persons with Neurologic Disorders: A Systematic Review. *J Neurol Phys Ther.* 2015;39(3):142-52.
4. Falbo S, Condello G, Capranica L et al. Effects of Physical-Cognitive Dual Task Training on Executive Function and Gait Performance in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Biomed Res Int.* 2016; 2016:5812092.
5. Guedes RC, Dias RC, Pereira LS et al. Influence of dual task and frailty on gait parameters of older community-dwelling individuals. *Braz J Phys Ther.* 2014;18(5):445-52.
6. Buckner RL. Memory and executive function in aging and AD: multiple factors that cause decline and reserve factors that compensate. *Neuron.* 2004; 44(1):195-208.
7. Muir-Hunter SW, Wittwer JE. Dual-task testing to predict falls in community-dwelling older adults: a systematic review. *Physiotherapy.* 2016; 102(1):29-40.
8. Silsupadol P, Shumway-Cook A, Lugade V et al. Effects of single-task versus dual-task training on balance performance in older adults: a double-blind, randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009; 90(3):381-7.
9. Ansai JH, Aurichio TR, Rebelatto JR. Relationship between balance and dual task walking in the very elderly. *Geriatr Gerontol Int.* 2016; 16(1):89-94.
10. Bohannon RW, DePasquale L. Physical Functioning Scale of the Short-Form (SF) 36: internal consistency and validity with older adults. *J Geriatr Phys Ther.* 2010; 33(1):16-8.
11. Gungen C, Ertan T, Eker E. Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2002; 13:273-81.
12. Eser S., Saatli G., Eser E et al. The reliability and validity of the Turkish version of the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-Old). *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2010; 21(1): 1-10.
13. Sahin F., Yilmaz F., Ozmaden, A et al. Reliability and Validity of the Turkish version of The Berg Balance Scale. *Journal of Geriatric Physical Therapy.* 2008; 31(1): 32-37.
14. Ağırcaan D. Tinetti Balance and Gait Assessment'in (Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirmesi) Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek lisans tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Denizli. 2009.
15. Yılmaz ÖT, Yakut Y, Uygur F et al. Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu ve Test-tekrar Test Güvenirliği. *Fizyoterapi Rehabilitasyon Dergisi.* 2011; 22:44-49.
16. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* 1991; 39(2): 142-8.
17. Ayvat E, Kılınç M, Kırdı N. The Turkish version of the Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): its cultural adaptation, validation, and reliability. *Turkish Journal of Medical Sciences.* 2017; 47: 908-915.
18. Akın B. ve Lök N. Yaşlılarda Düşme Yönünden Ev içi Çevre Özellikleri Değerlendirme Formunun Geçerlilik ve Güvenirliği. *Akademik Geriatri Dergisi.* 2012; 4:142-151.
19. Kaya Y, Aki O. Validation of Montreal Cognitive Assessment and Discriminant Power of Montreal Cognitive Assessment Subtests in Patients with Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Dementia in Turkish Population. *J Geriatr psych and neuro.* 2014; 27(2): 54-55.
20. Galloza J, Castillo B, Micheo W. Benefits of Exercise in the Older Population. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2017; 28(4):659-669.
21. Gobbo S, Bergamin M, Sieverdes JC et al. Effects of exercise on dual-task ability and balance in older adults: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014; 58(2):177-87.
22. Çakar M, Cankurtaran M., Geriatri ve Gerontoloji. Geriatrik Populasyonda kas iskelet sistemindeki fizyolojik değişimler. *MN Medikal & Nobel yayınları.* 2006; 645-655.
23. Fredman ML, Berk BZ., Rehabilitation medicine. Medikal management of geriatric rehabilitation, 1998; 384-420.
24. LaMonte MJ, Buchner DM, Rillamas-Sun E et al. Accelerometer-Measured Physical Activity and Mortality in Women Aged 63 to 99. *J Am Geriatr Soc.* 2018; 66(5):886-894.

25. Martinez-Gomez D, Guallar-Castillon P, Garcia-Esquinas E et al. Physical Activity and the Effect of Multimorbidity on All-Cause Mortality in Older Adults. *Mayo Clin Proc.* 2017; 92(3):376-382.
26. Barnes DE, Mehta KM, Boscardin WJ et al. Prediction of recovery, dependence or death in elders who become disabled during hospitalization. *J Gen Intern Med.* 2013; 28(2):261-8.
27. Logan GD, Schulkind MD. Parallel memory retrieval in dual-task situations: I. Semantic memory. *J Exp Psychol Hum Percept Perform.* 2000; 26(3):1072-90.
28. Azadian E, Torbati HR, Kakhki AR et al. The effect of dual task and executive training on pattern of gait in older adults with balance impairment: A Randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016; 62:83-9.
29. Clegg A, Young J, Iliffe S et al. Frailty in elderly people. *Lancet.* 2013; 381(9868):752-62.
30. Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM et al. Randomised controlled trial of a general practice programme of home-based exercise to prevent falls in elderly women. *Br Med J.* 1997; 315: 1065-9.
31. Kumar, Chandan. "Effect of training balance under dual task with fixed and variable priority instructions with balance impairment in institutionalized elderly population." *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy.* 2014; 8(3):152.
32. Silsupadol P, Lugade V, Shumway-Cook A et al. Training-related changes in dual-task walking performance of elderly persons with balance impairment: a double-blind, randomized controlled trial. *Gait Posture.* 2009; 29(4):634-40.
33. Lemke NC, Werner C, Wiloth S et al. Transferability and Sustainability of Motor-Cognitive Dual-Task Training in Patients with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Gerontology.* 2019; 65(1):68-83.

Hipomagnezeminin Geriatrik Sendromlar ve Mortalite ile Birlikteliği Association of Hypomagnesemia with Geriatric Syndromes and Mortality

Cihan Heybeli¹, Pınar Soysal²¹Sağlık Bakanlığı Muş Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Muş, Türkiye
²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

118

Amaç: Hafif hipomagnezemi sıklıkla asemptomatik olmasına rağmen vücutta önemli olan çok sayıda sistem üzerindeki kofaktör rolü nedeniyle bu sistemleri daha duyarlı yaşlı bireylerde hipomagnezemi ciddi hasta sonlanımlarıyla birlikte olabilir. Ayaktan geriatri polikliniğinde değerlendirilen 65 yaş ve üzeri bireylerde hipomagnezeminin geriatrik sendromlar ve mortalite ile ilişkisini değerlendirmeyi hedefledik.

Gereç ve Yöntemler: Geriatri polikliniğinde değerlendirilen tüm bireylerin (≥65 yaş) elektronik tıbbi kayıtları geriye dönük incelendi. Serum magnezyum düzeyi <1,6 mg/dl olan bireyler hipomagnezemi grubuna dahil edildi. Hipomagnezemi ile normomagnezemi olan bireylerin demografik ve klinik verileri kıyaslandı. Hipomagnezeminin her bir geriatrik sendrom ve mortalite ile ilişkisinin değerlendirilmesi için lojistik regresyon analizi uygulandı.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen 888 hastanın 48'inde (%5,4) hipomagnezemi saptandı. Hipomagnezemi olan bireylerin daha yaşlı olduğu, daha sıklıkla diyabetes mellitus ve kronik böbrek yetmezliği ile birliktelik gösterdiği, daha fazla ilaç kullandığı, ve daha düşük hemoglobin, serum B12 ve folik asit düzeylerine sahip olduğu görüldü. Çok değişkenli analizlerde hipomagnezeminin dinapeni (her 1 mg/dl için OR 2,27, %95 GA 0,97-5,29, p=0,057) ve geriatrik depresyon (OR 2,91, %95 GA 1,44-5,89, p=0,003) için bağımsız bir risk faktörü olduğu, serum magnezyum düzeyindeki her 1 mg/dl artışın dinapeni riskinde %10 (%95 GA 0,83-0,98, p=0,018), geriatrik depresyon riskinde %9 (%95 GA 0,85-0,98, p=0,009) azalma ile birlikte olduğu görüldü. Magnezyum düzeyinin arttıkça mortalite riskinin azaldığı (her 1 mg/dl için OR 0,90, %95 GA 0,83-0,98, p=0,018) belirlendi.

Sonuç: Hipomagnezeminin ayaktan başvuran geriatrik yaş grubu bireylerde dinapeni, depresyon ve mortalite ile bağımsız birlikteliği gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Geriatrik değerlendirme, magnezyum, mortalite

Aim: Although mild hypomagnesemia is frequently asymptomatic, given its widespread physiological roles through the body system hypomagnesemia may be associated with crucial patient outcomes in elderly, whose body systems are more prone to disease states. In this study, we have evaluated association of hypomagnesemia with geriatric syndromes and mortality among subjects with an age of 65 years or more.

Material and Methods: Electronic medical records of subjects who were evaluated in geriatrics clinic were reviewed retrospectively. A serum magnesium level of <1.6 mg/dl was considered as hypomagnesemia. Hypomagnesemia and normomagnesemia groups were compared for demographic and clinical characteristics. Logistic regression analysis was performed for the association of hypomagnesemia with each of the geriatric syndromes and mortality.

Results: Of the 888 patients included, 48 had hypomagnesemia (5.4%). Patients with hypomagnesemia were older, more commonly had diabetes mellitus and chronic kidney disease, exposed to higher number of drugs, and had lower median hemoglobin, serum vitamin B12 and folic acid levels. Hypomagnesemia was independently associated with dynapenia (per 1 mg/dL, OR 2.27, 95% CI 0.97-5.29, p=0.057) and geriatric depression (OR 2.91, 95% CI 1.44-5.89, p=0.003) in multivariate regression models. Between serum magnesium levels of 1.2 through 2.3 mg/dL, an increase of 0.1 mg/dL was associated with a 10% decrease in the risk of dynapenia (95% CI 0.83-0.98, p=0.018) and a 9% decrease in the risk of depression (95% CI 0.85-0.98, p=0.009). A higher serum magnesium level (per 0.1 mg/dL, OR 0.90, 95% CI 0.83-0.98, p=0.018) was associated with a lower mortality risk.

Conclusions: Hypomagnesemia is independently associated with dynapenia, depression, and mortality in elderly outpatients.

Keywords: Geriatric assessment, magnesium, mortality

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Uzm.Dr. Cihan Heybeli¹

E-posta / E-mail: heybelic@hotmail.com

Adres / Address: Sağlık Bakanlığı Muş Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Muş, Türkiye

Telefon / Phone: +90 436 212 06 70

Geliş Tarihi / Received: 04.11.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 24.12.2020

GİRİŞ

Hipomagnezemi, toplumda sıklığı gittikçe artan bir elektrolit bozukluğudur. Olguların çoğunluğu hafiftir ve serum düzeyi 1,2 mg/dl altına düşmedikçe genellikle asemptomatiktir [1]. Diğer bir yandan, magnezyum vücutta 300'den fazla enzimin kofaktörü olup nöromuskuler ve kardiyak fonksiyonlar ile kan basıncı ve glisemik durum dahil çok sayıda fizyolojik göreve sahiptir [2]. Dolayısıyla hipomagnezemi asemptomatik olsa da önemli sonlanımlar ile birlikte olabilir. Magnezyum eksikliğinin ve fazlalığının mortalite ile birlikteliği özellikle yatan hastalarda gösterilmiştir [3,4].

Magnezyumun adenozin trifosfat gerektiren tüm enzimatik reaksiyonlarda rol alması, nöromuskuler uyarılabilirlik ve hücre permeabilitesini etkilemesi, mitokondriyal fonksiyonlar üzerine fizyolojik etkileri düşünüldüğünde, organ sistemleri patolojilere daha duyarlı olan geriatrik popülasyonda hipomagnezeminin hasta sonlanımları üzerine olumsuz etkisi olabilir. Araştırmamızda ayaktan polikliniğe başvuran geriatrik yaş grubu bireylerde saptanan hipomagnezeminin geriatrik sendromlar ve hasta sağkalımı üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Etik kurul onayı, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (14/299) karar numarası ile alındıktan sonra araştırmamıza 2016 ile 2019 yılları arasında geriatri polikliniğine ayaktan başvuran 65 yaş ve üzeri ardışık hastalar bilgilendirilmiş gönüllü olur formları tamamlanarak dahil edildi. Veriler geriye dönük olarak incelendi. Çalışma, Helsinki Deklerasyonu Prensiplerine uygun şekilde yürütülmüştür. Hipomagnezemi tanısı serum magnezyum düzeyinin <1,6 mg/dl olması durumunda konuldu [5].

Dışlama kriterleri

- Serum magnezyum ölçümü olmayanlar
- Ayrıntılı geriatrik değerlendirme yapılamayanlar (deliryumda olan hastalar, ayrıntılı geriatrik değerlendirmeyi kabul etmeyenler kabul etmeyenler, genel tıbbi durumu bozan inme, pulmoner emboli, akut koroner sendrom gibi akut bir hastalık varlığı)
- Hipermağnezemi (>2,3 mg/dl) [6].

Ayrıntılı geriatrik değerlendirme bileşenleri:

- Demans (DSM V kriterlerine göre tanı konuldu [7])
- Depresyon (Geriatrik depresyon skalasında ≥ 5 skor) [8]
- Dinapeni (dinamometre testi, dominant el, 3 ölçüm ortalaması; kadınlarda <16 kg, erkeklerde <27 kg) [9]
- Üriner inkontinans [10]
- Polifarmasi, Hiperpolifarmasi (ilaç sayısı ≥ 5 , ≥ 10) [10]
- Düşme (son 1 yılda düşme sayısı) [10]
- Frailty[11]: Fried kriterlerine göre; 1-2: prefrail, ≥ 3 frail
- Malnutrisyon (Mini-Nütrisyonel Değerlendirme skoru <17) [10]

İstatistiksel analiz

Normalite testi olarak Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmış, sayısal verilerin büyük çoğunluğunun normal dağılıma uymaması nedeniyle numerik parametreler ortanca (aralık, %25-%75) olarak sunulmuştur. Gruplar arasında ölçümsel verilerin kıyaslaması için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Ölçümsel olmayan verilerin kıyaslaması için ki-kare testleri kullanılmıştır. Hipomagnezeminin her bir geriatrik sendrom ve mortalite ile ilişkisinin değerlendirilmesi

için lojistik regresyon modeli uygulanmış, tek değişkenli analizde anlamlı ilişki saptanan parametreler kullanılarak çok değişkenli analiz modelleri oluşturulmuştur. İstatistiksel analiz için Statistical Package for Social Sciences (SPSS version 22.0) programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Verileri incelenen 1265 hastanın 150'sinde serum magnezyum ölçümü olmadığı, 134'ünde ayrıntılı geriatrik değerlendirme yapılmadığı, 93 hastada ise hipermagnezemi olduğu görüldü. Geriye kalan 888 hasta araştırmaya dahil edildi. Kırksekiz (%5,4) hastada hipomagnezemi olduğu belirlendi.

Hipomagnezemi olan bireylerin daha yaşlı olduğu, daha sıklıkla diyabetes mellitus ve kronik böbrek yetmezliği ile birliktelik gösterdiği, daha fazla ilaç kullandığı, ve daha düşük hemoglobin, serum B12 ve folik asit düzeylerine sahip olduğu görüldü (Tablo I). Hipomagnezeminin geriatrik sendromlardan dinapeni ve depresyon ile birlikteliğinin tek değişkenli analizde anlamlı olduğu görüldü. Tüm kohortta ileri yaş, erkek cinsiyet, daha kısa eğitim süresi, daha düşük beden kitle

indeksi, daha düşük hemoglobin, daha yüksek serum kreatinin düzeylerinin magnezyum eksikliğiyle birlikte tek değişkenli analizde dynapeni ile birlikteliği anlamlı olarak saptandı. Çok değişkenli analizde ileri yaş (her yıl için OR 1,08, %95 güvenlik aralığında [GA] 1,06-1,12, p<0,001) ve hipomagnezemi (her 1 mg/dl için OR 2,27, %95 GA 0,97-5,29, p=0,057) dinapeni riskinde artışla birlikte iken, kadın cinsiyet (OR 0,26, %95 GA 0,16-0,44, p<0,001), daha uzun eğitim süresi (her yıl için OR 0,93, %95 GA 0,87-0,99, p=0,018), ve daha yüksek hemoglobin düzeyinin (her 1 g/dl için OR 0,73, %95 GA 0,64-0,82, p<0,001) dinapeni riskinde azalmayla birlikte olduğu görüldü (Tablo II). Serum magnezyum düzeyindeki her 1 mg/dl artışın dinapeni riskinde %10 azalmayla birlikte olduğu saptandı (%95 GA 0,83-0,98, p=0,018).

Geriatric depresyon skalasına göre, kadın cinsiyet (OR 1,94, %95 GA 1,32-2,84, p=0,001) ve hipomagnezeminin (OR 2,91, %95 GA 1,44-5,89, p=0,003) depresyon riskinde artışla, daha uzun eğitim süresi (her yıl için OR 0,94, %95 GA 0,89-0,98, p=0,008) ve daha yüksek hemoglobin düzeylerinin (her

Tablo I. Normomagnezemi ve hipomagnezemi olan bireylerin genel özellikleri

Değişkenler	Normomagnezemi (n=840)	Hipomagnezemi (n=48)	p değeri
Yaş, yıl	73 (67-78)	77 (69-85)	0,004
Kadın cinsiyet, n	571	31	
Eğitim süresi, yıl	3 (0-5)	1 (0-5)	0,191
Hipertansiyon, n	565	37	0,170
Diyabetes mellitus, n	304	25	0,029
Kronik böbrek yetmezliği, n	161	17	0,006
Charlson komorbidite indeksi	0 (0-1)	1 (0-1)	0,140
İlaç sayısı	4 (2-6)	6 (3-9)	0,001
Beden-kitle indeksi, kg/m ²	31,4 (27,8-35,4)	30,8 (26,7-35,1)	0,358
Serum magnezyum, mg/dl	2,0 (1,9-2,1)	1,5 (1,4-1,5)	<0,001
Hemoglobin, g/dl	13,9 (12,9-14,9)	12,6 (11,7-13,9)	<0,001
Serum kreatinin, mg/dl	0,75 (0,63-0,94)	0,91 (0,72-1,01)	0,001
Glomerüler filtrasyon hızı, ml/dk/1,73m ²	85 (67-93)	72 (54-88)	0,001
Albumin, g/dl	4,2 (4,0-4,4)	4,1 (3,8-4,2)	<0,001
Folik asit, ng/ml	8,9 (6,6-11,4)	7,2 (5,2-10,7)	0,030
B12 vitamini, pg/ml	226 (167-323)	316 (232-466)	<0,001
D vitamini, ng/ml	13 (9-23)	11 (9-19)	0,241

Tablo II. Dinapeni ile ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Parametreler	Tek değişkenli analiz			Çok değişkenli analiz		
	OR	95% GA	p	OR	95% GA	p
Yaş (her yıl için)	1,10	1,08-1,13	<0,001	1,08	1,06-1,12	<0,001
Kadın cinsiyet	0,35	0,26-0,47	<0,001	0,26	0,16-0,44	<0,001
Eğitim süresi (her yıl için)	0,95	0,91-0,99	0,010	0,93	0,87-0,99	0,018
Beden kitle indeksi	0,94	0,92-0,97	<0,001	-	-	-
Hemoglobin (her 1 g/dL artış)	0,69	0,63-0,76	<0,001	0,73	0,64-0,82	<0,001
Vitamin B12 (her 100 pg/mL artış)	1,02	1,01-1,03	<0,001	-	-	-
Serum kreatinin, her 1 mg/dL artış için	2,25	1,43-3,53	<0,001	-	-	-
Serum magnezyum, her 0,1 mg/dL artış için	0,86	0,80-0,92	<0,001	0,90	0,83-0,98	0,018
Hipomagnezemi	3,19	1,70-5,99	<0,001	2,27	0,97-5,29	0,057

GA: güvenlik aralığı, OR: odds ratio.

Tablo III. Geriatrik depresyon ile ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Parametreler	Tek değişkenli analiz			Çok değişkenli analiz		
	OR	95% GA	p	OR	95% GA	p
Yaş (her yıl için)	1,01	0,99-1,03	0,448	-	-	-
Kadın cinsiyet	2,20	1,59-3,05	<0,001	1,94	1,32-2,84	0,001
Eğitim süresi (her yıl için)	0,91	0,87-0,95	<0,001	0,94	0,89-0,98	0,008
Hemoglobin (her 1 g/dL artış)	0,83	0,76-0,90	<0,001	0,86	0,78-0,95	0,004
Vitamin B12 (her 100 pg/mL artış)	1,01	1,00-1,02	0,086	-	-	-
Serum magnezyum, her 0,1 mg/dL artış için	0,90	0,84-0,96	0,002	0,91	0,85-0,98	0,009
Hipomagnezemi	2,92	1,53-5,56	0,001	2,91	1,44-5,89	0,003

GA: güvenlik aralığı, OR: odds ratio.

Tablo IV. Mortalite için bağımsız risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Parametreler	Tek değişkenli analiz			Çok değişkenli analiz		
	OR	95% GA	p	OR	95% GA	p
Yaş (her yıl için)	1,10	1,08-1,13	<0,001	1,08	1,06-1,12	<0,001
Kadın cinsiyet	0,35	0,26-0,47	<0,001	0,26	0,16-0,44	<0,001
Eğitim süresi (her yıl için)	0,95	0,91-0,99	0,010	0,93	0,87-0,99	0,018
Beden kitle indeksi	0,94	0,92-0,97	<0,001	-	-	-
Hemoglobin (her 1 g/dL artış)	0,69	0,63-0,76	<0,001	0,73	0,64-0,82	<0,001
Vitamin B12 (her 100 pg/mL artış)	1,02	1,01-1,03	<0,001	-	-	-
Serum kreatinin, her 1 mg/dL artış için	2,25	1,43-3,53	<0,001	-	-	-
Serum magnezyum, her 0,1 mg/dL artış için	0,86	0,80-0,92	<0,001	0,90	0,83-0,98	0,018

GA: güvenlik aralığı, OR: odds ratio.

1 g/dl için OR 0,86, %95 GA 0,78-0,95, p=0,004) bu riskte azalmayla birlikte olduğu belirlendi (Tablo III). Serum magnezyum düzeylerindeki her 1 mg/dl'lik artışın depresyon riskini %9 azalttığı (%95 GA 0,85-0,98, p=0,009) saptandı.

Geriatric sendromlardan dinapeni ve geriatric depresyon dışındaki sendromlar ile serum magnezyum düzeyleri arasında anlamlı birliktelik saptanmamıştır.

Yaş, cinsiyet, eğitim süresi, beden-kitle indeksi, hemoglobin düzeyi, serum kreatinin,

vitamin B12 ve magnezyum düzeylerinin tek değişkenli analizde mortalite ile anlamlı birlikteliği (eğitim süresi dışındaki tüm değerlendirmeler için $p < 0,001$) görüldükten sonra, bu parametreler çok değişkenli analize dahil edildi. Çok değişkenli analizde ileri yaş (her yıl için OR 1,08, %95 GA 1,06-1,12, $p < 0,001$) daha yüksek mortalite ile birlikte iken, kadın cinsiyet (OR 0,26, %95 GA 0,16-0,44, $p < 0,001$), daha yüksek hemogloblin düzeyi (her 1 g/dl için OR 0,73, %95 GA 0,64-0,82, $p < 0,001$), daha uzun eğitim süresi (her yıl için OR 0,93, %95 GA 0,87-0,99, $p = 0,018$) ve daha yüksek magnezyum düzeyinin (her 1 mg/dl için OR 0,90, %95 GA 0,83-0,98, $p = 0,018$) mortalite riskinde azalmayla birlikte olduğu görüldü (Tablo IV).

TARTIŞMA

Araştırmamızda ayaktan hastaneye başvuran geriatrik olgularda hipomagnezemi sıklığının %5,4 olduğu görülmüştür. Literatür verilerine göre hipomagnezemi sıklıkla hafif düzeyde olup asemptomatik seyretmektedir [2]. Bu çalışmada ise hipomagnezeminin yaşlı bireylerde artan dinapeni, depresyon ve hatta mortalite riskiyle birlikte olduğu, bu birlikteliğin diğer tüm faktörlerden bağımsız olduğunda da istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edildiği görülmüştür. Magnezyumun özellikle nöromuskuler fonksiyonlar üzerindeki fizyolojik rolü düşünüldüğünde dinapeni ile birlikteliği beklenen bir durum olabilir. Nöron hasarı ve nörolojik disfonksiyon ve duygu-durum bozuklukları ile magnezyum eksikliğinin birlikteliği gösterilmiştir [12]. Dahası, dirençli depresyonda magnezyum bir tedavi alternatifi olarak sunulmuştur [12]. Antidepresan tedavi ile beyinde magnezyum düzeyinde artış olması ve hipomagnezeminin serotonin azlığına yol açması da [12], bu durumun geriatrik depresyonla birlikteliğini açıklayabilir.

Araştırmamızın en önemli bulgularından birisi de hipomagnezeminin mortaliteyi bağımsız

olarak öngörmüş olmasıdır. Magnezyumun kardiyovasküler sistem, solunum sistemi ve nöromuskuler sistem başta olmak üzere tüm sistemlerde rolü olması, 300'den fazla enzime kofaktör görevi görmesi düşünüldüğünde [1,2], hipomagnezeminin mortalite ile birlikteliği beklenen bir bulgu olabilir.

Araştırmamızın retrospektif olması neden-sonuç ilişkisi kurmayı imkansız hale getirmektedir. Ayrıca hipomagnezemi tanısının tek bir laboratuvar ölçümüne göre konulmuş olması da önemli bir kısıtlılıktır. Diğer bir yandan, laboratuvar ölçümleri ile ayrıntılı geriatrik değerlendirmenin aynı vizitte yapılmış olması araştırmamızın güçlü yönlerinden birisidir. Ölen hastaların ölüm tarihleri net olarak bilinmediğinden hipomagnezeminin mortalite üzerine etkisi lojistik regresyon ile analiz edilmiştir. Net tarihlerin varlığında cox-regresyon analizi daha doğru bir analiz yöntemi olabilir.

SONUÇ

Sonuç olarak ayaktan polikliniğe başvuran geriatri hastalarında hipomagnezemi dinapeni, depresyon ve mortalitede artış ile ilişkili olabilir. Bu nedenle, hipomagnezemi saptanan hastalar, yaşlılarda çok sayıda olumsuz klinik sonuca yol açtığı bilinen kas gücünde azalma ve depresyon açısından daha yakından takip edilmelidir. Ayrıca, bu hastalarda 3-4 yıllık mortalite normomagnezemi olan bireylere göre artmış olduğundan, hipomagnezemi için risk faktörleri gözden geçirilmelidir. Hipomagnezemi olanlarda replasmanın olumlu etkisi için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır

Çıkar Çatışması ve Fonlama

Çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını belirtir.

Etik Kurul Onayı

Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (14/299) karar numarası ile alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Pham PC, Pham PA, Pham SV, et al. Hypomagnesemia: a clinical perspective. *Int J Nephrol Renovasc Dis.* 2014; 7:219-30.
2. Al Alawi AM, Majoni SW, Falhammar H. Magnesium and Human Health: Perspectives and Research Directions. *Int J Endocrinol.* 2018; 2018:9041694.
3. Cheungpasitporn W, Thongprayoon C, Chewcharat A, et al. Hospital-Acquired Dymagnesemia and In-Hospital Mortality. *Med Sci (Basel).* 2020 Sep 1; 8(3).
4. Malinowska J, Malecka M, Ciepiela O. Variations in Magnesium Concentration Are Associated with Increased Mortality: Study in an Unselected Population of Hospitalized Patients. *Nutrients.* 2020 Jun 19; 12(6).
5. Pham PC, Pham PM, Pham SV, et al. Hypomagnesemia in patients with type 2 diabetes. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2007 Mar; 2(2):366-73.
6. Earl H, Rudolph DO, Joyce MG. Disorders of Magnesium Metabolism Ed: Edgar L, Nissenson A. *Nephrology Secrets 3rd ed, Philadelphia, Mosby; 2012, 560-570.*
7. Association AP. 5th ed. Washington, DC2013. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).
8. Durmaz B, Soysal P, Ellidokuz H, et al. Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. *North Clin Istanbul.* 2018 Sep; 5(3):216-220.
9. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing.* 2019 Jul 1; 48(4):601.
10. Unutmaz GD, Soysal P, Tuven B, et al. Costs of medication in older patients: before and after comprehensive geriatric assessment. *Clin Interv Aging.* 2018; 13:607-613.
11. Dutoglu E, Soysal P, Smith L, et al. Nocturia and its clinical implications in older women. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019 Nov - Dec; 85:103917.
12. Eby GA, Eby KL. Magnesium for treatment-resistant depression: a review and hypothesis. *Med Hypotheses.* 2010 Apr; 74(4):649-60.

Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Geropsikiyatrik Hastalıklar ve Özellikleri: Retrospektif Bir Çalışma

Characteristics of Geropsychiatric Diseases in Emergency Medical Services: A Retrospective Study

İshak Şan¹, Günseli Uzunhasanoğlu², Birgül Özkan³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakım Programı, Ankara, Türkiye

³Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Amaç: Yaşlı popülasyonda acil servislerin ve ambulans kullanım oranlarının artıyor olduğu bilinmesine rağmen ruhsal hastalıklarda ambulans hizmetlerinin rolü ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu çalışma 2014-2018 yılları arasında 65 yaş ve üzeri bireylerde, acil bakım çağrısı gerektiren psikiyatrik hastalıkların sıklığı ve özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Retrospektif kesitsel olarak tasarlanan bu çalışmada Ocak 2014-Aralık 2018 tarihleri arasında Ankara İl Ambulans Servisi'ne psikiyatrik hastalıklar nedeniyle yapılan 112 çağrılarının analizi yapılmıştır. Takipli hastalar ve tekrarlayan çağrılar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Analizler için IBM SPSS Statistics 21.0 programı ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Beş yılda toplam çağrılar içerisinde 19.089 yaşlı birey psikiyatrik hastalıklar nedeniyle acil hizmet çağrısı yapmıştır (%3,8). Vakaların %64'ü kadın, %36'sı erkek, %47'si 65-74 yaş aralığında olup, %60'nın tanıma, algılama ve davranışa ait semptom ve belirtileri olduğu belirlendi (deliryum ve Alzheimer hastalığı dahil) oluşturmaktadır. Nüfus artışından bağımsız olarak yaşlı popülasyonda psikiyatrik hastalıklar artmaktadır.

Sonuç: Elde edilen bulgular hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde geropsikiyatrik hastalıklardaki artışa yönelik yeni düzenlemeler yapılması, çalışan personelin bu konuda farkındalığının artması gerektiğini ortaya koymuştur. Bu konuda ileri ve uygulamalı araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Yaşlılık; psikiyatrik hastalıklar; hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, EMS

Aim: Although it is known that the rate of using emergency medical services (EMS) among the elderly population has increased, studies on the role of EMS on mental illnesses are very limited in the literature. This study was conducted between 2014 and 2018 to determine the frequency and characteristics of psychiatric diseases that require EMS among individuals aged 65 and over.

Material and Methods: This study was designed as a retrospective cross-sectional study and evaluated 112 calls due to psychiatric diseases between January 2014-December 2018 in Ankara ambulance services. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics version 21.0. The Chi-square test was used in the analysis of the data.

Results: A total of 19,089 elderly individuals made emergency calls for psychiatric diseases in five years. 64% of the cases are women, 36% are men, 47% are between the ages of 65-74, and 60% of participants have had symptoms and signs of recognition, perception, and behavior (including delirium and Alzheimer's disease). Regardless of population growth, psychiatric illnesses are on the rise in the elderly population.

Conclusions: in geropsychiatric diseases, and the awareness of working personnel on this issue should be increased. Advanced and applied research is recommended on this subject.

Keywords: Elderly; psychiatric diseases; emergency medical services

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Günseli Uzunhasanoğlu¹

E-posta / E-mail: gunseli.unzhasanoğlu@sbu.edu.tr

Adres / Address: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakım Programı, Etlik, Keçiören, Ankara, Türkiye

Telefon / Phone: +90 312 304 92 70

Geliş Tarihi / Received: 25.12.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 27.12.2020

GİRİŞ

Yaşlı nüfusun giderek artması, sağlık sistemlerinin önümüzdeki yıllarda bu alanda yeterliliklerinin artırılmasını gerektirecek önemli bir etkidir. Dünyada 60 yaş ve üzeri bireylerin sayısının 2025'de 1,2 milyara, 2050'de ise iki milyara çıkacağı tahmin edilmektedir (1). Bu durumda yaşlı insanların birçoğu fiziksel sağlık hizmeti kadar ruhsal sağlık hizmeti alacak ve aileleri ile birlikte bu zorlu durumların üstesinden gelmeye çalışacaklardır. Geç yaşamda kronik fizyolojik sıkıntıların artması, yeti yitimi depresyon, anksiyete ve bilişsel bozukluklar gibi ruhsal sıkıntıları da beraberinde getirmektedir (2). Özellikle demans gibi mental hastalıkların yaşlılıkta sık görülmesi, kronik birçok hastalığın aynı anda yaşanması, fizyolojik kısıtlılıklar yaşlıların klinik özelliklerinde de farklılık göstermekte ve bakım yönetiminde özel problemler ortaya koymaktadır (3). Bu karmaşıklık nedeniyle yaşlı bireylerde görülebilen ruhsal problemler yeti yitimi, mortalite ve morbiditeyi artırabilir (4). Yaşlılıkta fizyolojik problemlere ek olarak nöropsikiyatrik semptomların eşlik ettiği bir tablo ile karşılaşan yaşlı ve yaşlı bakım vericileri için acil servis başvuruları hızlı ve etkili bir seçim olarak görülebilir (5,6).

Yaşlı hastaların tedavi ve bakım için acil servis ziyaretlerinin artmış olduğu bilinen bir gerçektir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda acile servise başvuran hastalar arasında yaşlı nüfusun oranı %15 ile %23 arasında değişmektedir (7,8). Acil servis başvurularında ise artmış kronik hastalıklar, hareket kısıtlılığı, yalnızlık gibi nedenler ile ambulans kullanımı önemli bir yer tutmaktadır. Acil servislere başvuran yaşlı popülasyonun ambulans kullanımı ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalarda oranlar %20 ile %40 arasında değişmektedir (9-11). Amerika'da yapılan bir çalışmada ise ambulans ile taşınan hastaların içerisindeki yaşlı oranı %38 olarak saptanmıştır. Yaşlı nüfusun artmış olduğu bazı bölgelerde bu oranın %50'yi geçmesi

beklenmektedir (12,13). Sonuç olarak acil servisi kullanan her dört hastadan biri yaşlı, ambulans hizmeti kullanan her üç kişiden biri yaşlı denilebilir. Fizyolojik ve psikiyatrik sorunların iç içe geçtiği bir dönem olan yaşlılıkta, acil servis başvurularının niteliği ile ilgili ya da ambulans kullanımı ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır. Yaşlı hastaların psikiyatrik bozukluklar nedeniyle acil servise başvuru nedenlerini inceleyen bir çalışmada yaşlı hastaların bir acil servisteki tüm psikiyatrik değerlendirilmenin (n=3124) %14,7'sini (n = 458) oluşturduğu, başka bir çalışmada ise acil kliniklere başvuran dul ve yalnız yaşayan yaşlı kadınlarda, uyum bozukluğu, psikoz, anksiyete bozukluğu veya somatik hastalıkların diğer yaşlı popülasyona göre daha sık görüldüğü gösterilmiştir (3,14). Psikiyatrik bozuklukların özellikle 85+ ileri yaş grupları arasındaki dağılımını inceleyen araştırmalar sınırlıdır. Çünkü bu alanda yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşmak güçtür (15). Ambulans hizmetleri bu alanda daha geniş bir popülasyona hizmet vermektedir. Ambulanslar bir şehirde bulunan tüm acil servislere hasta taşımakta aynı zamanda bazı acil çağrılara yerinde müdahale etmektedir. Yaşlı nüfusunun ambulans kullanım oranlarının artıyor olduğu bilinmesine rağmen yaşlı bakımında ambulans hizmetlerinin rolü ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır (16).

Bu çalışmanın amacı beş yıllık bir süreçte, 65 yaş ve üzeri bireylerde, acil bakım çağrısı gerektiren psikiyatrik hastalıkların sıklığı ve özelliklerinin belirlenmesidir. Çalışma nüfus artış hızından bağımsız olarak artan acil psikiyatrik hastalık çağrılarının ortaya konması ambulans hizmetlerinin sunumu ile ilgili yenilikler yapılması, çalışan personelin konu ile ilgili farkındalığının artması ve gerekli hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi açısından önem arz etmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız retrospektif kesitsel olarak tasarlandı. Ankara ilinde acil sağlık hizmetleri ambulans servisinde 1 Ocak 2014 ile 31 Aralık 2018 arasında psikiyatrik hastalıklar nedeniyle hizmet alan 65 yaş ve üstü hastalar çalışmaya dâhil edildi. Belirlenen hastaların bilgileri “Acil Sağlık Otomasyon Sistemi” (ASOS)’nde bulunan verilerden ve sosyo-demografik özellikleri açısından incelemeye alındı. Sosyo-demografik özellikler yaş, cinsiyet, saat aralığı, mevsim, sonuç, ön tanı olarak belirlenmiştir. Tanılar International Classification of Disease-10 (ICD-10) tanı sınıflama sistemine göre gruplara ayrılmış ve çalışmacılar tarafından uygun başlıklar altında sınıflandırılmıştır. Tanılar öncelikli şikâyet nedeni olan ana tanıya göre sınıflandırılmıştır. Bazı hastalarda fiziksel ana tanının yanı sıra ikincil veya üçüncül olarak psikiyatrik tanılar yer alabilmektedir. Fakat bu çalışmada ikincil ve üçüncül tanılara yer verilmemiştir. Kayıtlardaki mükerrer çağrılar temizlenmiştir, her bir sayı bir hastayı temsil etmektedir. Psikiyatri kliniklerinde takipli olan ve ambulans hizmetini hastaneye ulaşım olarak kullanan hasta çağrıları çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bu çalışmanın sonuçları Ankara ili ile sınırlıdır, genellenemez.

Elde edilen tüm verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp.

Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı ile yapıldı. Kategorik veriler sayı ve yüzde olarak ifade edildi. İstatistiksel analizler Ki-kare testi kullanılarak yapıldı. P <0,05 değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmanın Etik Kurul İzni Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi etik kurulundan (15.03.2019/11 tarih ve sayı ile) ve kurum izinleri ismi etik kurul formunda belirtilen ilgili kurumdan yazılı olarak alınmıştır.

BULGULAR

Ankara’da yaşlı bireylerin % 23,7’sine ve ambulans hizmeti verildiği görülmektedir (Tablo I). Yaşlı nüfus popülasyonunun artış hızı ve ambulans kullanım oranlarının artış hızı değerlendirildiğinde bu değerlerden bağımsız olarak yıllar içerisinde psikiyatrik hastalıklarla ilgili çağrılarının oranında artış gözlenmiştir.

Son beş yılda toplam 19.089 yaşlı bireyin psikiyatrik hastalıklar nedeniyle acil hizmet çağrısı yaptığı görülmektedir (Tablo II). Hizmet verilen vakaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde vakaların %64’ü kadın, %36’sı erkektir. Cinsiyetlere göre kadın hastaların daha fazla olduğu görülmektedir,

Tablo I. Toplam vakalar içerisinde psikiyatrik vakaların oranı

	2014	2015	2016	2017	2018	Toplam
Toplam ambulans çağrısı	282.887	301.744	326.353	335.154	339.815	1.585.953
65 yaş üzeri hasta ambulans çağrısı	83.842 %29,6	93.939 %31,1	104.871 %32,1	106.331 %31,7	107.271 %31,6	496.254 %31,3
Ankara 65 yaş üzeri nüfus*	375.957	405.795	420.645	441.889	453.824	2.098.110
Ambulans hizmeti alan 65 yaş üstü vakalar / Ankara 65 yaş üstü nüfus	%22,3	%23,1	%24,9	%24,1	%23,6	%23,7
Psikiyatrik hastalıklar nedeniyle yapılan çağrılar	2.602 %3,1	2.949 %3,1	4.065 %3,9	4.577 %4,3	4.896 %4,3	19.089 %3,8

* <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>

aradaki fark anlamlıdır ($p>0,05$). Yıllar içerisinde kadın erkek dağılımında fark görülmemiştir. Vakalar daha çok 65-74 yaş aralığında (%47) olup, yaş ortalaması kadınlarda 71,4, erkeklerde 67,5 ve genel olarak 70,5'dir. Vakalara daha çok 12:00 ile 19:00 saatleri arasında (%35) ve hastaneye nakletme (%60) şeklinde hizmet sunulmuştur. Cinsiyet dışındaki tüm değişkenlerde anlamlı fark görülmemiştir ($p<0,05$). Psikiyatrik

hastalıklar ilkbahar ve kış aylarında artmaktadır.

Tüm vakaların yıllara göre dağılımlarında önemli farklar olduğu görülmektedir (Tablo III). Zekâ geriliği dışında tüm hastalıklar yıllar içerisinde düzenli olarak artmıştır. Genel toplama baktığımızda vakaların %60'ını tanıma, algılama ve davranışa ait semptom ve belirtiler (deliryum ve Alzheimer hastalığı

Tablo II. Vakaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları (n= 19089)

	2014	2015	2016	2017	2018	Toplam	p	Ki-Kare
Cinsiyet								
Erkek	959 (%36,8)	1.041 (%35,3)	1.453 (%35,7)	1.622 (%35,4)	1.742 (%35,5)	6.817 (%36)	0,000	30,736
Kadın	1.643 (%63,2)	1.908 (%64,7)	2.612 (%64,3)	2.955 (%64,6)	3.154 (%64,5)	12.272 (%64)		
Yaş Grubu								
65-74 yaş	1.277 (%49)	1.381 (%46,8)	1.879 (%46,2)	2.085 (%45,5)	2.366 (%48,3)	8.988 (%47)	0,000	55,044
75-84 yaş	987 (%37,9)	1.154 (%39,1)	1.478 (%36,3)	1.658 (%36,2)	1.775 (%36,2)	7.052 (%37)		
85 yaş üzeri	338 (%13,1)	414 (%14,1)	708 (%17,5)	834 (%18,3)	755 (%15,5)	3.049 (%16)		
Saat Aralığı								
00:00-05:59	308 (%11,8)	321 (%10,9)	523 (%12,9)	588 (%12,8)	514 (%10,5)	2.254 (%11,8)	0,000	3904,761
06:00-11:59	764 (%29,4)	790 (%26,8)	1.089 (%26,8)	1.215 (%26,6)	1.337 (%27,3)	5.195 (%27,2)		
12:00-18:59	988 (%37,8)	1.180 (%40)	1.646 (%40,5)	1.774 (%38,8)	1.934 (%39,6)	7.522 (%39,4)		
19:00-23:59	542 (%21)	658 (%22,3)	807 (%19,8)	1.000 (%21,8)	1.111 (%22,6)	4.118 (%21,6)		
Sonuç								
Diğer	48 (%1,9)	95 (%3,2)	115 (%2,8)	74 (%1,6)	81 (%1,7)	413 (%2)	0,000	133,700
Hastaneler Arası Nakil	89 (%3,4)	88 (%2,9)	95 (%2,4)	104 (%2,2)	138 (%2,8)	514 (%2)		
Hastaneye Nakil	1.666 (%64)	1.687 (%57,2)	2.248 (%55,3)	2.743 (%60)	2.942 (%60)	11.286 (%60)		
Nakil Reddi	748 (%28,7)	1.006 (%34,2)	1.488 (%36,6)	1.580 (%34,5)	1.667 (%34,1)	6.489 (%34)		
Yerinde Müdahale	51 (%2)	73 (%2,5)	119 (%2,9)	76 (%1,7)	68 (%1,4)	387 (%2)		
Mevsim								
İlkbahar	638 (%24,5)	868 (%29,4)	1.070 (%26,3)	1.098 (%23,5)	1.222 (%24,9)	4.896 (%26)	0,000	109,467
Yaz	598 (%23,0)	811 (%27,5)	1.009 (%24,8)	1.168 (%25,1)	1.129 (%23,1)	4.715 (%24)		
Sonbahar	692 (%26,5)	542 (%18,4)	982 (%24,2)	1.128 (%26,1)	1.213 (%24,8)	4.557 (%24)		
Kış	674 (%26,0)	728 (%24,7)	1.004 (%24,7)	1.183 (%25,3)	1.332 (%27,2)	4.921 (%26)		
Toplam	2.602 (%13,6)	2.949 (%15,4)	4.065 (%21,4)	4.577 (%24,0)	4.896 (%25,6)	19.089 (%100,0)		

Tablo III. Vakaların tanılara göre dağılımları (n=19.089)

	2014	2015	2016	2017	2018	Toplam	p	Ki-Kare
Tanıma, algılama ve davranışa ait semptom ve belirtiler (deliryum ve Alzheimer dahil)	1.617 (%62,1)	1.710 (%58)	2.312 (%56,9)	2.706 (%59,1)	3.129 (%63,9)	11.474 (%60,1)	0,000	122,75
Somatoform bozukluklar	705 (%27,1)	828 (%28,1)	1.196 (%29,4)	1.322 (%28,9)	1.225 (%25,0)	5.276 (%27,6)		
Duygu durum bozuklukları	125 (%4,8)	235 (%7,9)	314 (%7,7)	330 (%7,2)	323 (%6,6)	1.327 (%6,9)		
Tanımlanamamış mental bozukluklar	80 (%3,1)	64 (%2,2)	105 (%2,6)	112 (%2,4)	111 (%2,3)	472 (%2,7)		
Şizofreni	48 (%1,9)	61 (%2,1)	68 (%1,7)	81 (%1,8)	72 (%1,47)	330 (%1,7)		
Zeka geriliği	16 (%0,5)	39 (%1,3)	52 (%1,5)	6 (%0,1)	15 (%0,3)	128 (%0,6)		
Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar	11 (%0,5)	12 (%0,4)	18 (%0,2)	20 (%0,5)	21 (%0,4)	82 (%0,4)		
Toplam	2.602 (%13,6)	2.949 (%15,4)	4.065 (%21,3)	4.577 (%24,0)	4.896 (%25,6)	19.089 (%100)		

Tablo IV. Tanıların cinsiyet ve yaş değişkenine göre dağılımları

Cinsiyet	Duygu durum bozuklukları	Somatoform bozukluklar	Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozuklukları	Şizofreni	Tanıma, algılama ve davranışa ait belirtiler (deliryum ve Alzheimer dahil)	Tanımlanamamış mental bozukluklar	Zekâ geriliği	p	Ki-Kare
Erkek	351 (%5,1)	1.487 (%21,8)	63 (%0,9)	148 (%2,2)	4.517 (%66,3)	198 (%2,9)	53 (%0,8)	0,000	328,764
Kadın	976 (%8,0)	3.789 (%30,9)	19 (%0,2)	182 (%1,5)	6.957 (%56,7)	274 (%2,2)	75 (%0,6)		
Yaş Grubu									
65-74 yaş	750 (%8,3)	2.864 (%31,9)	64 (%0,7)	199 (%2,2)	4.962 (%55,2)	106 (%1,2)	43 (%0,5)	0,000	463,338
75-84 yaş	420 (%6,0)	1.727 (%24,5)	16 (%0,2)	93 (%1,3)	4.536 (%64,3)	203 (%2,9)	57 (%0,8)		
85 yaş üzeri	157 (%5,1)	685 (%22,5)	2 (%0,1)	38 (%1,2)	1.976 (%64,8)	163 (%5,3)	28 (%0,9)		
Toplam	1.327 (%7,0)	5.276 (%27,6)	82 (%0,4)	330 (%1,7)	11.474 (%60,1)	472 (%2,5)	128 (%0,7)		

dahil) tanısının oluşturduğu görülmektedir. İkinci sırada somatoform bozukluklar (%27) ve üçüncü sırada ise duygu durum bozuklukları (%7) bulunmaktadır. Hastalık tanıları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0,05).

Kadınlarda belirgin olarak somatoform bozuklukların daha fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0,05) (Tablo IV). Yaş ilerledikçe duygudurum bozuklukları ve somatoform bozukluklar azalırken tanılama ve algılama ile ilgili hastalıklar ile

tanımlanamayan bozuklukların arttığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Zeka geriliği olan yaşlı bireylerin yaş ilerledikçe ambulans kullanım oranları artmıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışma ile beş yıllık bir süreçte psikiyatrik şikâyetler nedeniyle ambulans hizmeti alan 65 yaş üstü vakalar değerlendirilmiştir. Bu beş yılda toplam 19.089 yaşlı bireyin psikiyatrik hastalıklar nedeniyle acil hizmet çağrısı yaptığı görülmektedir. Toplam başvurular içerisinde psikiyatrik bozuklukların toplam vakaların %3,8'ini oluşturduğu saptanmıştır. Nüfus artışı ve ambulans kullanım oranları birlikte değerlendirildiğinde bu artıştan bağımsız olarak yıllar içerisinde psikiyatrik bozukluklar nedeniyle yapılan başvuruların arttığı söylenebilir. Shah ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı bir çalışmada yaşlıların psikiyatrik tanıları nedeniyle ambulans kullanım oranı %3,1 olarak bulunmuştur (11). Nur ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu oran %2,6'dır. Bulgularımız diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (9).

Hizmet verilen vakaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde vakaların %64'ü kadın, %36'sı erkektir. Benzer bir çalışmada psikiyatrik problemlerle acil servislere başvuran yaşlı hastaların %60,4'ünün kadın, %39,6'unun erkek olduğu, %56'sının ambulansla geldiği %39'unda bilişsel bozukluk, %18'inde psikotik bozukluklar görüldüğü gösterilmiştir (17). Stifler ve arkadaşlarının çalışmasında psikiyatrik bozukluklar nedeniyle acil servise başvuran hastaların ortalama hasta yaşı 78'dir (65-99 yaş) ve %58'inin kadın olduğu gösterilmiştir (18). İpekçioğlu ve ark.'nın 2020 yılında yaptığı çalışmada psikiyatrik nedenlerle acil servise başvuran kadın yaşlıların oranı %57,5, 2012 yılında yaptığı çalışmada ise kadın hasta oranı %59 olarak bulunmuştur (19,20). Literatüre bakıldığında kadın hastaların psikiyatrik hastalık nedeniyle acil servise daha

fazla başvurduğu görülmektedir (17-20). Çalışmamız bu yönde literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda vakaların daha çok 65-74 yaş aralığında (%47) olup, yaş ortalaması kadınlarda 71,4, erkeklerde 67,5 ve genel olarak $70,5\pm 4,72$ yıl olduğu saptanmıştır. İpekçioğlu ve ark.'nın 2020 yılındaki çalışmasında ise yaş aralığı $72,69\pm 7,35$ yıl olarak gösterilmiştir (19). Vakaların %60'nı tanıma, algılama ve davranışa ait semptom ve belirtiler (deliryum ve Alzheimer hastalığı dahil) tanısını taşımaktadır. Kadınlarda belirgin olarak somatoform bozuklukların daha fazla olduğu görülmektedir. Yaş ilerledikçe duygudurum bozuklukları ve somatoform bozukluklar azalırken tanılama ve algılama ile ilgili hastalıklar ile tanımlanamayan bozukluklar arttığı görülmüştür. Psikiyatrik hastalıklar kış ve bahar aylarında artış göstermektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada psikiyatrik acil servise gençlere göre, yaşlıların daha çok başvurduğu, başvuruların çoğunlukla aile üyelerinin eşliğinde olduğu, semptom profillerine bakıldığında görsel varsanı, bellek bozukluğunun daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır (19). Her iki tablodaki bu sonuçların, bu konuda yapılan çalışma sonuçları ile benzer olduğu bulunmuştur (3,4,6,19). Vakaların %60'ı tedavi edilmek üzere hastanelere ulaştırılmıştır. Eğer ulaşılan hastanede psikiyatri uzmanı bulunmuyorsa vaka başka bir hastaneye nakledilmiştir.

Davranışsal değişikliklerle acil yardım isteyen yaşlı hastalarda, yeni başlangıçlı bir birincil psikotik bozukluk veya yeni başlangıçlı şizofreni ile karşılaşması nadirdir bu nedenle aksi ispatlanıncaya kadar davranışsal bozuklukların altında tıbbi bir nedenin olması daima göz önüne alınmalıdır (21). Yaşlılarda felç, sepsis, olumsuz ilaç reaksiyonları, alkol veya madde yoksunluğu, zehirlenme gibi problemler psikiyatrik veya davranışsal belirtileri nedeniyle karmaşaya yol açabilirler. Altta yatan tıbbi karmaşıklık ve yaşlı yetişkinlerin zayıflığı düşünüldüğünde,

davranış değişikliklerinin nedenlerinin yanlış teşhis edilmesi muhtemeldir (22).

Diğer yandan yaşlı hastalar duygusal ve ruhsal sıkıntılarını ifade etmekte güçlük yaşayabilir. Bunun yerine ruhsal sıkıntılarını fiziksel belirtiler olarak somatize etmeye daha eğilimlidirler. Bazen de hastalık belirtisi olan davranış değişiklikleri hasta, çalışanlar ve hasta yakınları tarafından yaşlılığın verdiği normal bir durum olarak görülebilir. Bununla beraber yaşlı hastaların duygusal ve ruhsal sıkıntılarını ifade etmekte güçlük yaşamalarına bağlı olarak yalnızlık, sosyal izolasyon gibi ek sorunlarda yaşadıkları bilinen bir gerçektir (9-11).

SONUÇ

Ambulans hizmetlerinin acil fiziksel sorunlara yönelik düzenlenmiş olduğu göz önüne alındığında acil psikiyatrik hastalıkların teşhisi ve müdahalesi konusunda gecikmelerin yaşanması, sağlık hizmetlerinde zaman, emek ve maliyet kayıplarına yol açabilir, hizmet memnuniyeti olumsuz etkileyebilir. Birçok sağlık araştırması sağlık sisteminin yaşlılar için gelecekteki hazırlıklarını incelemeye başlamış olsa da geropsikiyatrik acil konusu literatürde yeteri kadar çalışılmamıştır (23). Artan vakaların özellikle demans, davranış değişikliği, duyu durum değişikliği gibi belirtileri göstermesi nedeniyle sadece psikiyatri alanının değil tüm tıp alanlarının da konu ile yakından ilgilenmesi gerekmektedir. Ülkemizde geropsikiyatrik aciller konusunda daha ayrıntılı çalışmalar yapılmalı, ayırıcı tanıya yönelik hızlı ve güvenilir algoritmalar ya da testler geliştirilmelidir. Aynı zamanda ambulans hizmeti sunumunda personel eğitimi, planlama ve uygulama alanına rehberlik edecek çalışmalar yapılmalıdır.

Çıkar Çatışması ve Fonlama

Çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını belirtir.

Etik Kurul Onayı

Araştırmanın Etik Kurul İzni Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi etik kurulundan (15.03.2019/11 tarih ve sayı ile) ve kurum izinleri ismi etik kurul formunda belirtilen ilgili kurumdan yazılı olarak alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Kalinkara V, Sarı İ. Yaşlılarda sosyal ağ kullanımı ve yalnızlık ilişkisinin belirlenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD). Elderly Issues Research Journal (EIRJ). 2019; 12(1):8-10.
2. Tullio DE, Vecchi C, Venesia A, et al. The psychogeriatric patient in the Emergency Room (ER) of the Maggiore della Carità Hospital in Novara. European Psychiatry. 2017; 41:648-49.
3. Herdi O, Karataş B, Gezici E, ve ark. Sık Görülen Ruhsal Hastalıklarının Tedavisinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikosomatik Servisi Uygulamaları: Retrospektif Kesitsel Bir Çalışma. Kriz Dergisi. 2019; 27(1):25-27.
4. Can SS, Ulusoy Kaymak S. Yaşlılıkta Anksiyete ve Somatik Belirti Bozuklukları. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2016; 9(4):9-11.
5. Silwanowicz RM, Maust DT, Seyfried LS, et al. Management of older adults with dementia who present to emergency services with neuropsychiatric symptoms International Journal of Geriatric Psychiatry. 2017; 32(12):1233-34.
6. Sikka VS, Kalra, SG. Psychiatric Emergencies in the Elderly. Emergency medicine clinics. 2015;33(4):825-827.
7. Mert, E. Geriatrik hastaların acil servis kullanımı. Turkish Journal of Geriatrics. 2006; 9(70): 4-5.
8. Ünsal A, Çevik AA, Metin S, ve ark. Yaşlı hastaların acil servis başvuruları. Turkish Journal of Geriatrics. 2003; 6(3):84-85.
9. Nur N, Demir Ö, Çetinkaya S, ve ark. Yaşlılar tarafından kullanılan 112 acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2008; 11(1):9-10.
10. Kaldırım Ü, Tuncer SK, Ardic Ş, ve ark. Acil Servise Ambulans İle Müracaat Eden Geriatrik Olguların Analizi. Tr J Emerg Med. 2013; 13(4):162-163.
11. Bedel C, Tomruk Ö. Bir Üniversite Acil Servisine Başvuran Geriatrik Hastaların Özellikleri. SDÜ Tıp Fak Dergisi. 2018; 25(4):395-398.
12. Shah MN, Bazarian JJ, Lerner EB, et al. The epidemiology of emergency medical services use by older adults: an analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. Academic Emergency Medicine. 2007; 14(5):443-445.
13. Carpenter CR, Platts-Mills TF. Evolving prehospital, emergency department, and "inpatient" management models for geriatric emergencies. Clinics Geriatric Medicine. 2013; 29(1):31-33.

14. Walsh PG, Currier GW, Shah MN, et al. Older Adults with Mental Disorders: What Factors Distinguish Those Who Present to Emergency Departments for Mental Health Reasons from Those Who Do Not? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2015; 23(11):1163-1165.
15. Reynolds K, Pietrzak RH, El-Gabalawy R, et al. Prevalence of psychiatric disorders in U.S. older adults: findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry*. 2015; 14(1):75-79.
16. Buswell M, Lumbard P, Prothero L, et al. Unplanned, urgent and emergency care: what are the roles that EMS plays in providing for older people with dementia? An integrative review of policy, professional recommendations and evidence. *Emergency Medicine Journal*. 2016; 33:61-63.
17. Cully JA, Molinari VA, Snow AL, et al. Use of emergency services by elderly adults with psychiatric diagnosis. *Aging and Mental Health*. 2005; 9(2):174-176.
18. Stiffler KA, Kohli E, Chen O, et al. Characterization of Older Emergency Department Patients Admitted to Psychiatric Units. *J Clin Med Res*. 2015; 7(11):842-844.
19. İpekçioğlu D, Çetinkaya Ö, Yıldırım MH, et al. Emergency Service: What are the Needs of the Elderly in This Area Differing from Young People and What Can Be Done? A Retrospective Comparative Study. *J Acad Res Med*. 2020; 10(1):61-62.
20. İpekçioğlu D, Çetinkaya Ö, Kucukparlak İ, et al. The sociodemographic and clinical characteristics of the psychiatric emergency patients with 60 years or older. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2012; 13(1):28-30.
21. Shenvi C, Kenned M, Austin CA, et al. Managing Delirium and Agitation in the Older Emergency Department Patient: The ADEPT Tool. *Annals of Emergency Medicine*. 2020; 75(2):136-145.
22. Shenvi C, Wilson MP, Aldai A, et al. Research Agenda for the Assessment and Management of Acute Behavioral Changes in Elderly Emergency Department Patients. *West J Emerg Med*. 2019; 20(2):400-402.
23. Walsh PG, Currier G, Shah MN, et al. Psychiatric Emergency Services for the U.S. Elderly: 2008 and Beyond. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008; 16(9):707-708.

Sağlık Çalışanlarının Yaşlı İstismarı Konusundaki Algısı ve Farkındalığının Araştırılması

Investigation of Health Workers' Perception and Awareness Toward Elderly Abuse

S. Gökçe Tan¹, Pınar Soysal¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Amaç: Sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı konusundaki algısı ve farkındalığını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Katılımcıların yaş, meslekteki yılı, cinsiyet, hangi birimde görev yaptığı ile ilgili sosyodemografik bilgileri sorgulandı; daha sonra çalıştığı birime başvuran yaşlı sayısı, yaşlı istismarı kavramını duymadığı, duyduysa nereden duyduğu, bildiği yaşlı istismarı türlerini, daha önce yaşlı istismarı vakasıyla karşılaşmış ve karşılaşmadığı ve karşılaştıysa herhangi bir müdahalede bulunup bulunmadığı konusunda açık uçlu sorular içeren 6 soruluk bir form uygulandı.

Bulgular: Araştırmaya 71 sağlık çalışanı katıldı. Yaş ortalamaları 34,16 yıl olup, %32,4'ü kadın, 67,6'sı erkeklerden oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarının %5,6'sı profesör ve doçent, % 38'i uzman doktor, %14,4'ü asistan doktor, %15,5'i hemşire idi. Katılanların %69'u (n=49) yaşlı istismarı kavramını daha önceden duyduklarını söylemişlerdir. Fiziksel istismar dışında bildiği istismar türlerinin ne olduğu sorulduğunda, katılımcılar en fazla psikolojik istismar (%59,15) cevabını vermişlerdir. Araştırmamızda yaşlı istismar vakasıyla karşılaşma oranlarına baktığımızda katılımcıların %32,4'ü evet demişlerdir. Katılımcılara sosyal hizmetlere başvurmak gibi herhangi bir müdahalede bulundunuz mu diye sorulduğunda, katılımcıların %65'i hayır cevabını vermiştir.

Sonuç: Vaka tanıma, yönetme ve müdahale etmede büyük rol oynayan sağlık profesyonellerine, yaşlı istismarı ve ihmali tanıma, müdahale ve raporlama konusunda kapsamlı bir eğitim verilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı istismarı, yaşlı ihmali, sağlık çalışanı, yaşlılık

Aim: The aim of this study is to investigate health care workers' awareness and perception of elderly abuse.

Material and Methods: Participants were asked socio-demographic data that include age, gender, years of experiences, the clinic that s/he worked. Then, the research data were collected by using a form that included socio-demographic data (age, gender, years of experiences, the clinic that she/he worked). An open-ended six questions form was applied. It includes the number of the elderly who applied to the unit where they worked, whether they heard the concept of abuse of the elderly, if they heard, where they heard, the types of abuse they knew, whether they had encountered an elderly abuse case before and whether they had any intervention.

Results: 71 healthcare workers participated in the study. Their average age is 34.16 years, and they consist of 32.4% women and 67.6%. 5.6% of the healthcare professionals were professors and associate professors, 38% were specialists, 14.4% were assistant doctors, and 15.5% were nurses. 69% (n = 49) of the participants stated that they had heard the concept of abuse of the elderly before. Asking what the types of abuse he knows, other than physical abuse, the participants answered emotional abuse the most (59.15%). When we look at the rate of encountering elderly abuse cases in our study, 32.4% of the participants said "yes". When we asked if they intervened, %65 of the participants said "no."

Conclusions: Healthcare professionals who play a major role in defining, management, and intervention of elder abuse and neglect, should be provided with comprehensive training on the recognition, intervention, and reporting.

Keywords: Elder abuse, elder neglect, health professionals, old age

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Doç.Dr.Pınar Soysal¹

E-posta / E-mail: dr.pinarsoysal@hotmail.com

Adres / Address: Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Geriatri Bilim Dalı, Adnan Menderes Bulvarı, Vatan Cad., Fatih, İstanbul, Türkiye

Telefon / Phone: +90 212 453 17 00

Geliş Tarihi / Received: 23.11.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 29.12.2020

GİRİŞ

Hızla değişen ve farklılaşan dünyanın getirdiği yenilikler yaşam süresinin uzamasına, dünyadaki yaşlı popülasyonun artmasına yol açmıştır. Tarım toplumundan kent toplumuna geçiş geniş aile yapısını bölmeye zorlamış, kırsalın yaşlıları koruyan ve gözetilen yapısı, yerini kentleşmenin etkisiyle, yaşlıların yapısal ve işlevsel olarak değerinin azalmasına bağlı olarak yaşlıyı yalnızlaştıran, sosyal destek ağlarının azaldığı bir yapıya bırakmıştır. Fonksiyonel ve mental kapasitelerini aynı zamanda sosyo-ekonomik statülerini kaybeden yaşlılar; aileler tarafından bir yük olarak görülmeye başlanmıştır. Özellikle kuşaklar arası çatışmanın artmasıyla gençlerin yaşlılara yönelik sergilediği negatif stereotipler, sonu yaşlı istismarına kadar varabilecek ageismi (yaşlı ayrımcılığı) doğurmuştur (1). Dünya'daki yaşlı sayısındaki bu dramatik artış yaşlı istismarı vakalarının artışı da beraberinde getirmektedir (2). Batı ülkelerinde uzun yıllardır yaşlı istismarı konusunda araştırmalar yürütülmekle beraber Türkiye'de yaşlıları koruyan kültürel bir koda sahip olmamız nedeniyle bu konu ülkemizde son yıllarda gündemde yer bulmuştur.

Aile içi şiddetin formlardan biri olan yaşlı istismarı; ilk olarak Aile içi Şiddet kapsamındaki çalışmaların sonucunda dikkat çekmeye başlamış, ilk defa 1970 yılında ABD'de yaşlı istismarının ilk modern raporlarını yayımlayan British Medical Journal ve Nursing Mirror tarafından, "hırpalanmış yaşlı kadın (granny battering) terimi ile tıp camiasına tanıtılmıştır (3). Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu ve Dünya Sağlık Örgütü 2002'de Toronto Deklarasyonu ise yaşlı istismarını "güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar verme, onu strese sokan uygunsuz eylemlerin bir defa veya tekrarlayan şekilde gerçekleşmesi" olarak tanımlamıştır (4).

Araştırmalar yaşlı istismarının en fazla aile içinde olduğunu gösterse de yaşlı istismarı ve ihmali sadece aile içinde görülen bir durum

olmayıp yaşlının hizmet aldığı kurumlarda da görülebilmektedir (5). Yaşlı istismarı, sadece fiziksel olarak değil; cinsel, psikolojik, ekonomik istismarı ve ihmali de içeren geniş bir yelpazedir.

Yaşlıya yaklaşım sorularından biri olan ihmal ise kişiyi yeme, giyinme, ısınma, kişisel temizlik gibi temel ihtiyaçlarından yoksun bırakma; psikolojik ve sosyal destek sağlamama, uzun periyotlarla yalnız bırakma gibi kişiye sıkıntı verecek davranışların sergilenmesidir. Yatak yaraları, aşırı zayıflama, kilo kaybı ve gözlerde çökme, dehidratasyon, bireysel hijyenin kötü olması, yatak ya da elbiselerin kirliliği olması, tedavi edilmeyen mental ya da fiziksel rahatsızlıklar, görünen yaralarını inkâr etme ya da fazla açıklama yapma, ilacını almama ihmalin klinik belirtileri arasında sayılabilir (6).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları, yaşlı istismarı mağdurlarının tıbbi veya sosyal hizmet kuruluşlarında ilk temas kurduğu kişiler olmaları açısından, sağlık hizmeti sağlayıcılarının yaşlı istismarı ve ihmalinin belirti ve semptomlarını tanıma yeteneği son derece önemlidir (12). Tüm dünyada artan bir problem olan istismar ve ihmal türlerinin neler olduğunu bilmek; acil servise veya polikliniklere başvuran istismar vakalarını tanımlamasını kolaylaştıracaktır (6).

Ohio'da aile hekimlerinin ve dahiliye doktorlarının yaşlı istismarı ve ihmali hakkında deneyimlerini, bilgisini ve tutumlarının karşılaştırıldığı çalışmada, her iki gruptaki katılımcıların yarısından fazlasının yaşlı istismarını teşhis edemedikleri raporlanmıştır (13).

Olası suistimal ve ihmalin tanınması çözümün yalnızca bir parçasıdır. Bu sağlayıcıların yaşlılara karşı kişisel tutumlarını değiştirmek ve yaşlı istismarı ve ihmaline dair önceden tasarlanmış fikirlerini değiştirmek hayati önem taşımaktadır (12).

Bu bulguların ışığında, sağlık personellerini kapsayan bu çalışmamız, yaşlı istismarı

konusunda tüm sağlık personellerini kapsayan sınırlı sayıda çalışmalardan biri olması ve sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı konusundaki düşüncelerini ve farkındalığını sorgulaması açısından kilit noktada durmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma verileri Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesinde çalışan profesör, uzman doktor, asistan, diğ hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, hasta bakıcı, tıbbi sekreterlerinin de içinde bulunduğu 71 sağlık çalışanı üzerinde gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmadır. Katılımcılara yaş, meslekteki yılı, cinsiyet, hangi birimde görev yaptığı ile ilgili sosyodemografik özellikleri sorgulayan 4 soru soruldu, daha sonra yaşlı istismarına yönelik farkındalığını sorgulayan 6 soruluk bir form hastanemizdeki gerontolog tarafından uygulanmıştır. Sorular aşağıda sıralı bir şekilde verilmiştir:

- 1) Polikliniğimize gelen hastalardan yüzde kaç 65+ popülasyonunu oluşturmaktadır?
- 2) Daha önce yaşlı istismarı kavramını duyduunuz mu?
- 3) Duyduysanız nereden duyduunuz?
- 4) Yaşlı istismarı ile ilgili neler biliyorsunuz? Fiziksel İstismar dışında bildiğiniz istismar türleri nelerdir?
- 5) Daha önce hastalarınızda veya sosyal çevrenizde yaşlı istismarı vakası ile karşılaştınız mı? İstismara uğradığınızı nasıl anladınız?
- 6) Bununla ilgili herhangi bir müdahalede bulundunuz mu?

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 20.0 (IBM SPSS, Türkiye) programı bir istatistik uzmanının danışmanlığında kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel

metotlar (ortalama, standart sapma, frekans) kullanıldı.

Bu çalışmanın; Dünya Tıp Birliği (WMA) Helsinki Bildirgesi 1964 (1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004, 2008, 2013 versiyonları dahil) ve/veya Dünya Tıp Birliği Hawaii Bildirgesi kurallarına uygun yürütüleceğini, çalışmadan doğabilecek her türlü hukuki ve mâli sorumluluğu üstlendiğimizi ve çalışmaya katılan tüm birim ve elemanların, çalışma hakkında bilgilendirildiğini beyan ve taahhüt ederiz.

Çalışmanın etik kurul onayı, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17.11.2020 tarihinde 19/368 karar numarası ile alındı.

BULGULAR

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalamaları 34,16 olup, %67,6'sı erkeklerden oluşmaktaydı. Sağlık çalışanlarının %5,6'sı profesör ve doçent, % 38'i uzman doktor, %14,4'ü asistan doktor, %15,5'i hemşire, %1,4'ü psikolog, %2,8'i diyetisyen, %4,2'si fizyoterapist, %2,8'i hasta bakıcı ve %9,9'u tıbbi sekreterlerden oluşmaktaydı.

Sağlık çalışanlarının %19,7'sinin Dahiliye bölümünden, %2,8'inin Nefroloji, %1,4'ünün Psikiyatri, %5,6'sının Aile Hekimliği, %5,6'sının Acil Servis, %1,4 Kadın Doğum, %2,8'inin Gastroenteroloji, %2,8'inin Ortopedi, %9,9'unun Diğ Hekimliği, %4,2'sinin Kardiyoloji, %4,2'sinin Palyatif, %18,3'ü Medikal Onkoloji, %1,4'ü üroloji bölümlerinde çalışmaktaydı.

Mesleki tecrübelerine bakıldığında en az tecrübelisinin 1 yıl, en tecrübelisinin ise mesleki tecrübesinin 38 yıl olduğu bulunmuştur. Mesleki yıllarının ortalamaları 10 yıldır. Polikliniklere başvuran hastaların yarısı ve yarısından daha fazlasının 65+ yaşlı popülasyonunu oluşturduğunu belirten sağlık çalışanı sayısı 32'dir. Araştırmaya katılanların yaşlı istismarı kavramını daha önce duyup duymadığı sorgulandığında katılanların %69'u

(n=49) yaşlı istismarı kavramını daha önceden duyduklarını söylediler.

Daha sonra personellere, yaşlı istismarı kavramını nereden duyduunuz sorusu sorulduğunda katılımcılar en fazla sosyal medya cevabını vermişlerdir (Tablo I).

Tablo I. Yaşlı istismarı kavramını nereden duyduğu sorusuna verilen cevapların dağılımı*

	n	%
Sosyal Medya	11	15,5
Dergiler, Kitaplar	6	8,4
Televizyon	5	7,0
Sosyal Çevre	6	8,4
Tıp Eğitimi	5	7,04
Kongre, Söyleşi	7	9,8
Geriatri Bilim Dalı	5	7,04
65+ Yaşlı Hakları Derneği	1	1,4
Yaşlı Bakımı Dersi	1	1,4
Cevap Vermeyenler	29	40,8

*Birden fazla cevap veren katılımcılar mevcuttur.

Tüm katılımcılara fiziksel istismar dışında bildiği istismar türlerinin ne olduğu sorulduğunda, katılımcılar en fazla psikolojik istismar (n=42) cevabını verdi. %25,35 ile cinsel istismar ikinci, %29,57 ile ekonomik istismar üçüncü, %2,81 ile sosyolojik istismar dördüncü sıradadır. %14,08'i ise yaşlı bakım ve ihtiyaçlarındaki eksikliği de yazarak ihmale de değindiler. %40,8'i de soruya cevap vermeyerek fiziksel istismar dışında bildiği bir istismar türünün olmadığını belirtti (Tablo II).

Katılımcılara hastalarda veya sosyal çevrelerinde daha önce yaşlı istismarı vakası ile karşılaşp karşılaşmadığı sorulduğunda katılımcıların %67,6'sı böyle bir vakayla karşılaşmadığını belirtti.

Yukarıdaki soruya evet diyenlere sosyal hizmetlere başvurmak gibi herhangi bir müdahalede bulundunuz mu diye sorulduğunda, katılımcıların %65'i Hayır cevabını verdi. Katılımcıların çoğu yazılı olarak hastane idaresine veya sosyal hizmetlere başvurmak yerine sözlü müdahaleyi veya tedavi önerisinde bulunmayı tercih ettiğini belirtti.

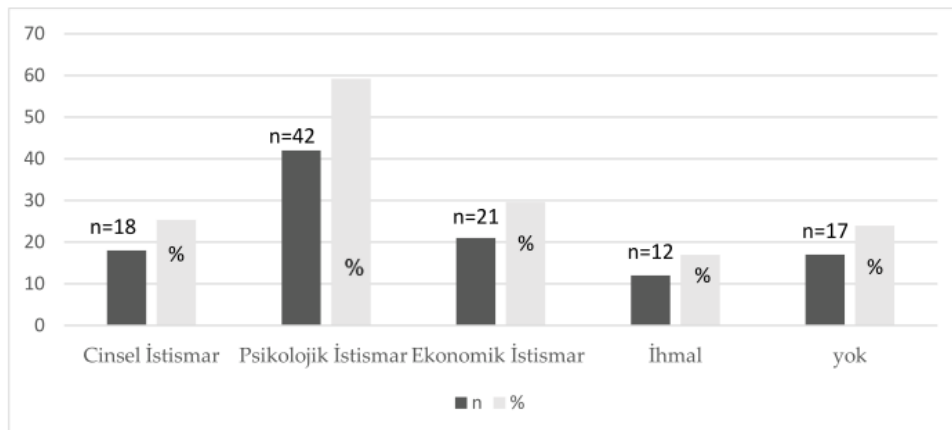
TARTIŞMA

Bu çalışma, sağlık personellerinin yaşlı istismarı ve ihmaline ilişkin kişisel algıları ve farkındalıkları hakkında birkaç noktayı gün yüzüne çıkarmıştır.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarına yönelttiğimiz sorulara verdikleri cevaplardan hareketle; yaşlı istismarı kavramını ve tiplerini, klinik pratiklerinde yaşlı hastalarla sık karşılaşmalarına rağmen yeteri kadar bilmedikleri anlaşılmıştır.

Çalışmamıza benzer şekilde, Avustralya'da 175 doktor, hemşire ve diğer personelle yapılan yaşlı istismarının tanımını, tiplerini ve nedenlerini araştırdığı çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu yaşlı istismarının farkında olmadıklarını belirtmişlerdir (7). Çalışmamızda katılımcıların

Tablo II. Sağlık personellerinin fiziksel istismar dışında bildiği istismar türleri



bu kavramı, en fazla sosyal medyadan (n=11) öğrendikleri anlaşılmıştır. Özellikle pandemi sürecinde sosyal medyadan korona virüsün sebebinin yaşlılarmış gibi görünmesine yol açan; yaşlıları aşağılayıcı, küçümseyici ve değersizleştiren videoların paylaşılmasının etkisi olduğu söylenebilir.

Mandıracıoğlu ve ark., İzmir’de 4 hastanenin acil servisinde yürüttükleri çalışmada, sağlık personelinin çoğu yaşlı istismarının ülkemizde çok yaygın olmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir (9). Araştırmamızda dahiliye asistan doktorlarının çoğu yaşlı istismarını geriatri rotasyonlarından duyduklarını belirtmişlerdir. Bunun ışığında ülkemizde geriatri bilim dallarının sayısının artırılmasının yaşlı istismarı kavramını farkındalığını artırma adına etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Fiziksel istismar dışında bildiği istismar türlerinin ne olduğu sorulduğunda, katılımcılar en fazla psikolojik istismar (%59,15) cevabını vermişlerdir. McCradie ve ark., İngiltere’de sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı konusunda bilgi ve deneyimlerini içeren bir çalışmada, aile hekimlerinin %75’i psikolojik istismara uğrama ihtimalinin olduğu hastaları tanıdıkları saptanmıştır (10). Yine Saveman ve Sandvide’in İsveç’te sağlık çalışmalarının görüşünü içeren çalışmada 65 kişiden 41’i istismarla ilgili en fazla risk faktörü bildiği istismar türü psikolojik istismar olmuştur (8). Yaşlının kendi çocukları veya bakıcısı tarafından mental, bilişsel ve sosyoekonomik gibi yönlerden yetersiz görülmesi ve pandemi sürecinde de deneyimlediğimiz üzere dünyada yaşlı ayrımcılığının yapılması da bu istismarın örneklerinden sayılabilir. Ayrıca, araştırmamızda cinsel istismarın %20 oranında bilindiği görülmekle beraber, yaşlı istismarı vakasını nasıl anladınız sorusunda bu istismarla ilgili herhangi bir örneğe hiç değinilmemiştir. Bunun nedeni seksüel konuların toplumumuzda tabulaşmış olmasıyla ilgili olabilir.

Yaşlı istismarını fark eden katılımcılardan %65’i herhangi bir yazılı müdahalede

bulunmadığını, hasta yakınına/bakıcısına sözlü olarak uyarıda bulunduğunu veya psikolojik tedavi önerisi sunduğunu belirtirken, %35’i sosyal hizmet birimine ve hastane idaresine başvurduğunu belirtmişlerdir. Sağlık bakım elemanlarının görüşünü içeren sistematik bir derlemede, fark edilen istismar vakalarının sadece yarısı rapor edilmiştir. Kanadalı sağlık çalışanları, rapor tutmada cesaretsiz olmalarının sebebini; mağdurun, tekrar istismara uğrayabileceği düşüncesiyle rapor tutulmasında isteksiz davranması şeklinde açıklamışlardır. Aynı makalede Oregon’daki sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinin çocuk istismarında raporlamayı tercih ederken; yaşlı istismarını müdahale noktasında raporlamayı değil, sözlü müdahaleyi tercih etmişlerdir (11). Bu durum ülkemiz ve tüm dünyada müdahale aşamasında vakaların nereye ve nasıl müracaat edileceği konusunda hizmet içi eğitim eksikliklerinin olduğunu göstermektedir.

Vaka tanıma, yönetme ve müdahale etmede kilit noktada olan sağlık profesyonellerine çalıştığı kurumda yaşlı istismarın ve ihmeline yönelik hizmet içi eğitimlerin verilmesi, sağlık ile ilgili üniversite bölümlerinde istismar eğitim derslerinin müfredata eklenmesi, geriatri ve gerontoloji eğitimlerinin yaygınlaştırılmasının yanında kitle iletişim araçlarının ve sivil toplum örgütlerinin bu konuda daha etkin kullanılması yaşlı istismarı ve ihmali konusundaki farkındalığı artırabilir, istismar ve ihmallerin engellenmesine imkan verebilir.

SONUÇ

Sağlık çalışanları yaşlı istismarı kavramını ve tiplerini, klinik patriklerinde yaşlı hastalarla çok sık karşılaşmalarına rağmen yeteri kadar bilmemektedirler. Araştırmamız yaşlı istismarı konusunda tüm sağlık personellerini kapsayan sınırlı sayıdaki çalışmalardan biri olması ve sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı konusundaki düşüncelerini ve farkındalığını sorgulaması açısından önemlidir. Yaşlı

istismarının fiziksel istismar dışında cinsel, psikolojik, ekonomik istismar türlerinin de olduğu; istismarın her türlüünün sadece sosyal bir problem değil, tıbbi bir boyutu da olduğu bilinmelidir. Ayrıca istismarın büyük bir suç olduğu ve hukuki yaptırımlarının olduğu da unutulmamalıdır.

12. Rinker AG Jr. Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. Arch Gerontol Geriatr. 2009 Jan-Feb; 48(1): 110-115.
13. Kennedy RD. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. Fam Med. 2005 Jul-Aug; 37(7): 481-5.

Çıkar Çatışması ve Fonlama

Çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını belirtir.

Etik Kurul Onayı

Çalışmanın etik kurul onayı, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17.11.2020 tarihinde 19/368 karar numarası ile alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Arun Ö, Pamuk D. Kurumsal bakım sektöründe ageism: yaşlı bakım personelinin yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin ayrımcı tutumlarının nedenleri ve müdahale önerileri. Mediterr J Soc Sci 2014; 4(2): 19-33.
2. Kalavar MJ, Jamuna D, Ejaz KF. Elder Abuse in India: Extrapolating From the Experiences of Seniors in India's "Pay And Stay" Homes. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2013; 25(1): 3-18.
3. Burston GR. Letter: granny battering. Br. Med. 1975; J.3,592.
4. The Toronto Declaration. On the Global Prevention of Elderly Abuse. [updated 17 November 2002, cited 19 2012].<http://www.who.int/hpr/ageing>, <http://www.inpea.net> (accessed on November 2020).
5. Erden Ş, Boz H. Türkiye'de Yaşlı İstismarı ve İhmali. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2018; 71(3): 100-105.
6. Akdemir N, Görgülü Ü, Çınar Fİ. Yaşlı istismarı ve ihmali. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2008; 15(1): 68-75.
7. Sadler PM, Kurrle SE. Australian service providers' responses to elder abuse. J Elder Abuse & Neglect 1993; 5: 57-75.
8. Saveman BI, Sandvide A. Swedish general practitioners' awareness of elderly patients at risk of or actually suffering from elder abuse. Scand J Caring Sci. 2001: 244-249.
9. Mandiracioglu A, Govsa F, Celikli S, et al. Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. Arch Gerontol Geriatr. 2006 Sep-Oct; 43(2): 267-76.
10. McCreadie C, Bennett G, Tinker, A. Investigating British General Practitioners' Knowledge and Experience of Elder Abuse: Report of a Research Study in an Inner London Borough. Journal of Elder Abuse & Neglect, 1998; 9: 23-39.
11. Cooper C, Selwood A, Livingston G. Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. Am J Geriatr Psychiatry 2009; 17(10): 826-838.

Sosyal Belediyecilik Bağlamında Yaşlı Bakım ve Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezleri

Elderly Care and Alzheimer's Day Care Centers in the Context of Social Municipality

Muhammed Şener¹, Hasan Hüseyin Tekin²

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

² Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Konya, Türkiye

Günümüzde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çeşitli sosyal politikaların yürütülmesinde merkezi yönetimler kadar yerel yönetimlerin de sorumluluk sahibi oldukları söylenebilir. Bu sorumluluk kapsamında belediyeler dezavantajlı gruplar başta olmak üzere sınırları içerisinde ikamet eden tüm vatandaşlarını gözeten sosyal politikalar geliştirmek ve bu politikalarla ilgili hizmetleri sunmak durumundadırlar. Yaşlılık sorunu ülkemiz dâhil tüm dünyanın gelecekteki en önemli sorunlarından biri olarak görülmektedir. Yaşlanan dünyada yaşlı nüfusun bakımı giderek önem kazanan ve çözüm bekleyen bir sosyal sorun haline gelmiştir. Ayrıca yaşlı nüfusunun artışıyla orantılı bir şekilde artan Alzheimer hastalığı da üzerinde durulması gereken önemli bir sorundur. Yaşlıların ve Alzheimer hastalarının gündelik ihtiyaçlarının giderilerek sosyalleşme gereksinimlerinin sağlanacağı gündüzlü kuruluşların varlığı ve bu kuruluşların sosyal belediyecilik anlayışı çerçevesinde hizmet vermeleri yaşlılık sorunun etkilerinin azaltılması ve Alzheimer hastalığı olan yaşlıların tedavi süreçlerine katkı sağlanması açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı yaşlı bakım ve Alzheimer gündüz yaşam merkezlerinin önemini ve gerekliliğini sosyal belediyecilik ilkesi doğrultusunda ortaya koymaktır.

Anahtar kelimeler: Sosyal belediyecilik, yaşlı, Alzheimer gündüz bakım merkezi, Alzheimer hastalığı

Nowadays, it can be said that central and local governments are responsible for the implementation of various social policies in developed and developing countries. Within the scope of this responsibility, municipalities have to create social policies and provide services related to all citizens living within their borders, especially disadvantaged groups. In the aging world, the care of the elderly population has become an increasingly important social problem. The existence of daytime institutions in which elderly people and patients with Alzheimer disease will be met by meeting their daily needs and providing services within the framework of social municipality understanding is important in terms of reducing the effects of old age problem and contributing to treatment processes of elderly people with Alzheimer's. The aim of this study is to reveal the importance and necessity of elderly care and Alzheimer's day care centers in line with the principle of the social municipality.

Keywords: Social municipality, elderly, Alzheimer's day care center, Alzheimer's disease

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Muhammed Şener¹

E-posta / E-mail: muhammed.sener@ogr.konya.edu.tr

Adres / Address: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü, Meram, Konya, Türkiye

Telefon / Phone: +90 545 468 17 13

Geliş Tarihi / Received: 14.05.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 10.12.2020

GİRİŞ

Sosyal belediyecilik; bütçesini eğitim, sağlık, kültür gibi faaliyetlere aktaran, işsizlikle mücadelede politikalar geliştirerek onları uygulamaya sokan, muhtaç bireylere ulaşarak onların korunmasını ve maddi açıdan desteklenmesini sağlayan, yerel çerçevede çeşitli sağlık ve eğitim olanaklarının geliştirilmesine katkı sunan ve sosyal adaletin tesis edilmesinde çeşitli kamu kurumlarına yardımcı olan bir modeldir (1). Sosyal hizmet belediyeciliği, neo-liberalizmle birlikte gelişen yeni kamu yönetimi anlayışı içinde belediyelerin sosyal sorunlara eğilimini benimseyen ve toplumsal işlevlerini geliştiren bir düşüncedir (2). Alzheimer hastalığı (AH) hafıza, öğrenme, karar verme, iletişim kurma ve kişinin günlük işlevleri yerine getirme noktasında yeteneklerini yavaş yavaş kaybeden ilerleyici ve yıkıcı bir beyin hastalığıdır. Hastalık 1906 yılında Dr. Alois Alzheimer tarafından özellikle yaşlı bireylerde görülen demansın bir türü olarak keşfedilmiştir (3). Hastalığın kesin tedavisi bulunmamakla birlikte semptomları yavaşlatıcı çeşitli tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Özellikle uzun süreli bakım yöntemleri hem hasta için hem de hastaya bakmakla yükümlü olan aile bireyleri için oldukça fayda sağlamaktadır. Yalnız ülkemizde gündüzlü yaşam merkezleri ve huzurevleri yeteri derecede gelişmemektedir (4). Sosyal belediyecilik anlayışı çerçevesinde bu tarz gündüz yaşam merkezlerinin sayısının artması gerekmektedir. Bu çalışma gündüzlü yaşam merkezleri modelini temel alan yaşlı gündüz bakım ve Alzheimer gündüz bakım merkezlerinin gerekliliğini sosyal belediyecilik kapsamında ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Yaşlı ve Yaşlılık

Yaşlı birey yaşlanmayla beraber ortaya çıkan sorunlarla baş etme noktasında fizyolojik olarak güçsüz düşmekte ve bunun sonucunda hastalıklarla karşılaşma olasılığı artmaktadır (5). Bu süreçte yaşlı bireylerde en sık görülen hastalıkları şu şekilde sıralayabiliriz: kalp-

damar sistemi hastalıkları, kronik akciğer hastalığı, kas-iskelet sistemi hastalıkları, şeker hastalığı, hipertansiyon, AH, Parkinson hastalığı gibi hastalıklardır (6).

Yaşlılığın standart bir tanımı olmamasına rağmen biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve ekonomik alanda 4 ayrı tanımı bulunmaktadır. Biyolojik yaşlanma; gelişim evreleri gereği vücut yapısının ve çeşitli organların işlevinin değişmesidir. Bu değişim sürecinde en erken yaşlanan hücre gözümüzde bulunan lens hücreleridir (7). Psikolojik yaşlanma; kişinin, zekâ, öğrenme, dikkat, dil, bellek, akıl yürütme, görsel yetiler vb. bilişsel işlevlerinde değişikliklerle beraber kişilik ve duygularında ortaya çıkmaya başlayan değişimlerle ilgilidir (8). Sosyolojik anlamda yaşlanma ise; bireyin toplumsal anlamda içinde bulunduğu durumun gerekliliği olarak edindiği rol, statü ve beklentilerinin değişmesi olarak nitelendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise kronolojik tanımlamayı dikkate alarak yaşlanmayı 65 yaş ve üzeri bireyler şeklinde kabul etmektedir (9).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ülkemizin 2018 yılı nüfusu 82 milyon civarındadır ve bu sayının yaklaşık 7 milyonunu 65 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. 65 yaş ve üstü nüfusun tüm nüfusa oranı %8,8'i oluştururken (10), bu oranın 2050 yılında %20,8'e ve 2075 yılında ise %27,7'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir (11).

Yaşlılık bütün yönleriyle kayıplar dönemi olarak adlandırılabilir ve oldukça yıpratıcı bir süreçtir. Bu süreçte yaşlı bireylerin hayatlarını zora sokan dış etmenlere bağlı problemlerin yaşanması birçok sorunu beraberinde getirmektedir. En çok yaşanan sorunları şu şekilde sıralayabiliriz: ekonomik sorunlar, sosyal sorunlar, sağlık sorunları, bakım sorunu, konut sorunu ve psikolojik sorunlar şeklindedir (12).

Bakım ihtiyacı hisseden yaşlı birey, günlük aktivitelerini yerine getirme noktasında başka birinin fiziki yardımı gereklidir. Bunun

sonucunda bakıma muhtaç birey, bedensel hareketlerinin kısıtlanması sonucunda öz bakımını gerçekleştirebilmek adına evde veya kurumda bakıcılar tarafından sürekli bakıma ihtiyaç duymaktadır (13).

Alzheimer Hastalığı

AH, hafızayı ve düşünme becerilerini ve en basit işleri yapma yeteneğini yavaşça yok eden, geri dönüşü olmayan, ilerleyen bir beyin hastalığıdır. Hastalığa sahip olan bireylerin çoğunda belirtiler ilk olarak 60'lı yaşların ortalarında görülür. AH, yaşlı bireylerde en sık rastlanan demans (bunama) çeşididir (14). Demans, zihinsel aktivitelerin tahribatı sonucu bireyin günlük becerisindeki işlevselliğin bozulması ile karakterize bir hastalıktır. Oryantasyon, dikkat, bellek, görsel mekânsal işlevler, dil, apraksi ve yürütücü işlevler gibi bilişsel işlevlerin en az ikisinin etkilenmesi demans tanısının konulması için yeterlidir (15). AH, demansın en yaygın nedeni olup çoğu demans olgusunun %60-70'ini oluşturan bir hastalıktır (16).

AH için yapılan bir başka tanımda ise AH, merkezi sinir sisteminin belirli bölgelerinde nöron ve sinaps kayıplarıyla ortaya çıkan; bilişsel fonksiyonlarda azalma, öz bakım yetersizlikleri, çeşitli davranış ve psikiyatrik bozukluklar ile birlikte görülen ilerleyici bir nörodejeneratif bir hastalıktır (17). AH görülme sıklığı 65 yaş üzerinde %6-10 iken bu sayı 85 yaş ve üzeri bireylerde %30-47'dir. Bir başka görülme sıklığı çalışmasında ise ülkemizde 350-400 bin kişinin AH olduğu düşünülmektedir (18). Yaş, cinsiyet, aile geçmişi ve kalıtım, eğitim düzeyi, kafa travması, Down sendromu, hipertansiyon, diyabet, depresyon, , alkol ve sigara kullanımı gibi faktörler AH için risk faktörü olarak belirtilmektedir (19).

AH'nın Evreleri

AH, kademeli olarak ilerleyen bir hastalıktır. Hastalığın, erken, orta ve ileri evre olmak üzere üç seyir evresi vardır.

Erken Evre

Hastalığın başlangıç belirtileri çok net olmamakla birlikte hastalığın ne zaman başladığı da kesin olarak bilinmemektedir. Eşyaları kaybetme, kısa sürede edinilen bilgiyi hafızada tutamama, bilmediği bir yerde ise yön bulmada güçlük, kelime bulmada güçlük, yeni beceriler öğrenememe, umursamazlık, üzüntü hali ve hastalığı inkâr etme AH'nın ilk evrelerinde görülen belirtilerdir (20). Bu evredeki hasta birey bazı ihtiyaçlarını kendisi yerine getirebilir. Banyo, tuvalet, giyinme gibi günlük işlevlerini yapmaya devam edebilir fakat süreç ilerledikçe yaptığı işin kalitesinde düşüşler meydana gelmektedir (21).

Orta Evre

Bu evrede hasta bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme noktasında yaşamaya başladığı sorunlar gün yüzüne çıkmaya başlamaktadır. Yardım edilmesine rağmen yemede güçlük, arkadaşlarını veya aile üyelerini tanımada güçlük, farkında olmadan idrar ve gaita kaçırma, yürüme ve bazı motor fonksiyonlarında azalma ve belli başlı davranış bozuklukları bu evrede görülmeye başlanmaktadır (22). Hasta birey bu evrede bir yakının gözetimiyle dışarı çıkabilir ama yalnız kalması sonucu yolunu bulamaz. Yeni bilgileri öğrenme neredeyse imkânsız bir hal almaktadır. Birinci derecede yakını hakkındaki bilgileri hala hatırlayabiliyor olsa da torunlarının sayısını, isimlerini veya hangi okulda okuduklarını karıştırmaktadır. Davranışsal problemler ön plana çıkmaya başlar. Hırsızlık ve terk edilme gibi çeşitli hezeyanlar görülmektedir (23).

İleri Evre

Bu evre hastanın düşünme yetisini tamamen kaybettiği, kişilik özelliklerinin değiştiği ve günlük yaşam aktivitelerini bir başkası olmadan hiçbir şekilde yerine getiremediği son evredir (24). Hezeyanlar, ajitasyon ve halüsinasyonlar artar, hareketlilik yok denecek kadar azalır, iletişim kurmak güçleşir ve konuşmaları cümlelerin veya kelimelerin tekrarından öteye gidemez. Günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesi adına gerekli yardım sağlanmalı, hasta birey sürekli bakıma gereksinim duyuyor ise kurum bakımı sağlanmalı veya bu kurum bakımı sağlanmadığı takdirde evde bakım için uygun şartların sağlanması gerekir (25). İleri evre zordur ve hastanın çoğu yaşamsal fonksiyonlarında bozukluklar meydana gelmektedir. Neredeyse hiç konuşmaz. Son evrede yatalak bir hal aldığı için hasta bireyin bakımı da gittikçe güçleşir. Bu son evreden sonra hasta vefat eder (26).

Yaşlılara Sunulan Hizmetler

1983 tarih ve 2828 sayı ile kabul edilerek yürürlüğe giren “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu” sosyal hizmetlerin ülkemizde hukuken tanımlanmasını sağlamıştır. Sosyal hizmetler bu kanunun 3. maddesi a bendinde: “kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü şeklinde tanımlanmaktadır” (27). Birleşmiş Milletler yaşlılara sunulan hizmetlerde ağırlıklı olarak devletin sorumluluk üstlenmesi gerektiğini ifade etmektedir (28). Gökkoca ve Baharlıetik (29) yaşlılara verilen hizmetlerin 3 ana amacı olduğunu belirtmektedir;

- Kendi evlerinde mümkün oldukça bağımsız, mutlu ve rahat bir yaşam sürmelerini sağlamak,
- Yaşlanmayla gelen fiziksel ya da mental hastalıklar için gerekli olan uygun hastane imkânlarını sağlamak,
- Yaşlılık, evsizlik ve bakım ihtiyacı gibi durumlarda alternatif yerleşim olanaklarını sağlamak.

Yaşlı Bakım Hizmetleri

Yaşlılara yönelik bakım hizmetleri ikiye ayrılmaktadır; evde bakım ve kurum bakım hizmetleri. Artan yaşlı nüfusla beraber ülke genelinde evde bakım hizmetlerine duyulan gereksinim giderek artmaktadır. Evde bakıma muhtaç olan yaşlı bireye evde bakım verilmesi hem hastane işleyişini rahatlatacak hem de ülke ekonomisine olan mali yükü hafifletecektir. Evde bakım sonucunda yaşlı bireyin bedensel sağlığı, psiko-sosyal durumu, bağımlılık düzeyi ile entelektüel gelişimi olumlu şekilde etkilenecektir (30).

Kurum bakımı ise ülkemizde yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri ile huzurevleri tarafından verilmektedir. Yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde uzun süreli olarak yaşlının kişisel ve sosyal bakımı yapılmaktadır. Çoğu günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken bir başkasının yardımına ihtiyaç duymaktadır (28). Huzurevleri ise, ekonomik gücü ve kendisine bakacak gücü olmayan kimsesiz yaşlılara ücretsiz; ekonomik gücü yerinde olup kendisine de bakabilen yaşlılara ücretli şekilde hizmet veren kurumlardır. Ülkemizde 2015 yılı itibarıyla genel nüfusun %1,5'i evde bakım hizmetlerinden faydalanmaktadır (31) (Tablo I).

Tablo I. Türkiye’de 60 Yaş ve Üzeri Nüfusta Kurumsal Bakım Hizmeti ve Evde Bakım Ücreti Desteği Alanların Oranı

	Sayı	Yüzde (%)
60 Yaş ve Üzeri Toplam Nüfus	9.603.706	100
Kurumsal Bakım Hizmeti Kalitesi (resmi ve özel)	28.433	0.3
AÇSHB Huzurevlerinde Kalanlar	12.299	0.1
Evde Bakım Ücreti Desteği Alanlar	156.000	1.6

Kaynak: ASPB EYHGM İç Raporları, 2015

Yaşlılara Yönelik Gündüz Bakım Hizmetleri

Gündüz yaşam merkezleri (GYM), yaşlı bireyler için toplumun da katılımını sağlayan planlı etkinlikleri kapsayarak sağlıklı bir yaşam sürmelerini amaçlayan bir modeldir. Yaşlıların sosyal yönden kendini iyi hissetmesine katkı sunan ve başkasına bağımlı kalmadan yaşamasını hedefleyen süreli bakım hizmetlerini içermektedir. GYM’ler, genellikle sağlık sorunu olan yaşlı bireyler için tıbbi ve psiko-sosyal yardımı içeren hizmetleri kapsar (12). GYM’ler yaşlıların erkenden ve gereksiz yere kurum bakımına alınmasını önlemeyi amaçlamaktadır. Bu çerçevede yaşlı bireyi içinde bulunduğu sosyal ortamdan koparmadan boş zamanlarını daha verimli şekilde değerlendirebilmesi için onların özsaygılarını güçlendirerek kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktadır (31).

GYM aşağıdaki faaliyetleri yürütmektedir (34):

- Yaşlıların motor becerilerini koruyacak ve artıracak çeşitli etkinliklerden oluşan meşguliyet terapilerinin yapılması,
- Yaşlıların beden sağlıkları için gerekli olan fizik tedavi egzersizleri ile günlük hafıza çalıştırma egzersizlerinin yapılması,
- Yaşlı sağlığı için önemli olan dinlenme ve uygu zamanlarının planlanması,

- Yaşlıların rutin sağlık taramalarının yapılarak, ilaç ve tansiyonlarının takip edilmesi,
- Yaşlıların ailelerin kurum sürecine ilişkin oryantasyonlarının yapılması.

AH Tedavisinde Kurum Bakımı

AH’nın bugün için kesin tedavisi yoktur. Mevcut tedaviler var olan hastalığın seyrini biraz olsun yavaşlatmaya yönelik tedavilerdir (32). AH birincil tedavi yöntemi, hastalığın kognitif belirtilerine odaklanmış olup ilaçla yapılan tedavidir. İkincil tedavi ise; hastalığın seyrinde meydana gelen kaygı, ajitasyon, uyku bozukluğu, depresif belirtiler ve sanrı gibi semptomların giderilmesini amaç edinen ve bakım merkezli uygulamalardır (33). Ancak ülkemizde Alzheimer hastaları için yeterli sayıda huzurevi, gündüz hastanesi veya bakım merkezi bulunmamaktadır. Genellikle bu hastalar birinci derece yakınları tarafından evde bakılmaktadır ve bu kişiler çoğu zaman nelere dikkat etmeleri ve nasıl davranmaları gerektiğini bilmemektedir (34).

Kurum bakımına alternatif olarak üretilen bir hizmet modeli de gündüzlü bakım veren kurumlardır. Bu hizmet modeli Alzheimer hastaları için oldukça önemlidir. Alzheimer hastaları bu merkezlere gündüzleri gelerek sosyalleşebilirler. Böylece hastaların yaşam ortamları bir ev olmaktan çıkarak çeşitlenir, boş zamanları değerlendirilir. Merkezler Alzheimer hastasının yaşam kalitesini yükseltmek konusunda önemli bir güce sahiptir (35).

AH Tedavisinde Gündüzlü Kurum Bakımı Örnekleri

Ülkemizde AH ile mücadelede “Türkiye Alzheimer Derneği’nin” toplam 13 ilde dernekleştiği görülmektedir. Bu 13 il içerisinde yer alan 7 Gündüz Yaşam Merkezi (GYM), Alzheimer hastalarının keyifli ve kaliteli zaman geçirmelerini, Alzheimer hastalarına bakım veren kişilere bir nebze nefes aldırarak

omuzlarındaki yüklerini biraz olsun hafifletmelerini amaç edinmektedir. Bu amaç doğrultusunda GYM'lerde çeşitli zihinsel, bedensel, sanatsal, müziksel, psikomotor aktivitelerle birlikte özel gün kutlamaları, gezi ve manevi destekli programlar yürütülmektedir (36).

Sosyal Belediyecilik

Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çeşitli sosyal politikaların yürütülmesinde merkezi yönetimler kadar yerel yönetimlerin de sorumluluk üstlenmeleri beklenir. Bundan dolayı yerel yönetimlerin sosyal politika içerikli uygulamaları sosyal belediyecilik kavramı içerisinde yer almakta ve belediyeler, sosyal devlet anlayışının yereldeki temsilcileri konumuna gelmektedirler (1).

Sosyal belediyecilik; sosyal devletin vatandaşlarına sağlamakla yükümlü olduğu çeşitli sosyal politika ve faaliyetlere yerel yönetimlerinde katılıp sosyal refahın sağlanmasında sosyal yardım ve hizmetlerin yerine getirilmesi şeklinde ifade edilebilir (37). Başka bir tanımlamada ise sosyal belediyecilik; bütçesini eğitim, sağlık, kültür gibi faaliyetlere aktaran, işsizlikle mücadelede politikalar geliştirerek onları uygulamaya sokan, muhtaç bireylere ulaşarak onların korunmasını ve maddi açıdan desteklenmesini sağlayan, yerel çerçevede çeşitli sağlık ve eğitim olanaklarının geliştirilmesine katkı sunan ve sosyal adaletin tesis edilmesinde çeşitli kamu kurumlarına yardımcı olan bir modeldir (1).

Alan yazında sosyal belediyecilik kavramıyla ilgili en sık kullanılan tanım Yalçın Akdoğan'ın sosyal belediyecilik tanımıdır. Bu tanıma göre "sosyal belediyecilik, yerel yönetimlere sosyal alanlarda planlama ve düzenleme işlevi yükleyen, bu çerçevede kamu harcamalarını konut, sağlık, eğitim ve çevrenin korunması alanlarını kapsayacak şekilde sosyal amaca kanalize eden; işsiz ve kimsesizlere

yardım yapılması, sosyal dayanışma ve entegrasyonun tesis edilmesi ile sosyo-kültürel faaliyet ve çalışmaların gerçekleştirilebilmesi için gerekli olan altyapı yatırımlarının yapılması için bilinçli politikalar üretmesini öngören; bireyler ve toplumsal kesimler arasında zayıflayan sosyal güvenlik ve adalet mevhumunu güçlendirmeye yönelik olarak yerel yönetimlere sosyalleştirme ve sosyal kontrol işlevleri yükleyen bir modeldir" (38).

Artık günümüzde belediyeler yol, park, su, imar, alt yapı sorunları gibi fiziki çalışmalarla yetinmemektedir ve bunun sonucunda da belediyeler ekonomik ve sosyal alanlarda da çeşitli faaliyetler yürütmektedir (39). Belediyeler kendi sınırları içinde ikamet eden vatandaşların üç temel sorununa yönelik çeşitli politikaları gündemine almaktadır. Bu sorunlardan ilkinin özellikle büyük kentlerde acil müdahale gerektiren dilencilik, işsizlik, yoksulluk oluştururken; ikincisini, belediyelerin kendisinin hizmet götürdüğü yerlerde çeşitli doğal afetler sonucu oluşan zararlardan etkilenen ailelerin sosyal problemleri oluşturur ve son olarak da insan yapısı gereği çevrenin de etkisiyle somutlaşan çocuk, yaşlı ve dezavantajlı bireylerin sorunlarını kapsamaktadır. Bahsedilen üç ana sorun sosyal belediyecilik anlayışı çerçevesinde belediyeler tarafından sunulan sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler tarafından giderilmeye çalışılmaktadır (40).

Sosyal Belediyecilik ve Sosyal Hizmet

Sosyal hizmetler, toplum içerisinde elinde olmayan sebeplerden dolayı bedenlen veya ruhen muhtaç duruma düşen bireylere, ülkenin içinde bulunduğu sosyal ve ekonomik şartlar gözetilerek çevresi ile uyumlu şekilde yaşamalarını sağlayan çeşitli sosyal politikalara denir (41).

Ülkemizde sosyal belediyecilik anlayışı çerçevesinde sunulan sosyal hizmetlerden daha çok çocuklar, engelliler, yaşlılar, gençler, kadınlar ve dar gelirli faydalanmaktadır. Yerel yönetimler, belirtilen kesimler için

“Sağlık ve Sosyal Hizmetler”, “Sağlık İşleri”, “Eğitim ve Kültür İşleri” gibi isimlerle anılan hizmet birimlerini oluşturmaktadır (42).

Ülke nüfusunun giderek yaşlanmaya başladığı şu dönemlerde belediyeler tarafından yaşlıların çeşitli sosyal hizmetlerden faydalanması sağlanmaktadır. Sağlık yardımı, bulunduğu yere yönelik bazı mekânsal düzenlemeler, yiyecek, yakacak, gıda ve ulaşım gibi hizmetlerden yararlanabilmesi adına ayni ve nakdi yardımlar ve çeşitli sosyo-kültürel faaliyetlerin gerçekleştirilmesi sunulan hizmetlerin başlıcalarıdır (43).

Bunlara ek olarak; huzurevi hizmetleri, evde bakım hizmetleri, psiko-sosyal destek hizmetleri ve sosyal yaşam merkezleri gibi hizmetler de yaşlı bireylerin hizmetine sunulmaktadır. Yerel yönetimlerin yaşlılara sundukları hizmetler ülke genelinde standart bir hale gelmemiştir. Bazı belediyelerde evde bakım hizmetleri bulunmazken, bazılarında ise huzurevlerine rastlanmamaktadır (44).

Sosyal hizmetlerin vatandaşlara etkili ve verimli bir şekilde ulaşabilmesi noktasında sosyal hizmet uzmanları görev almaktadır. Sosyal hizmet uzmanı; sosyal, psikolojik ve ekonomik faktörlere dayalı olarak bireylerin ve ailelerin yaşadıkları sorunların üstesinden gelme ve çeşitli çözüm yolları bulma noktasında bireyleri kaynaklarla buluşturan, aldıkları eğitim ve edindikleri deneyimler sayesinde bireylerin ihtiyaçlarına en iyi cevabı verip onlara yardımcı olan meslek elemanlarıdır (45). Bu kapsamda sosyal hizmet uzmanları tarafından verilen hizmetleri şu şekilde sıralayabiliriz (46):

- Tıbbi sosyal hizmetler ve psiko-sosyal danışmanlık hizmetleri,
- Yaşlılara bakım ile psiko-sosyal destek hizmetleri,
- Bakıma muhtaç insanlar için kurumsal düzeyde bakım hizmetleri,
- Alkol ve madde bağımlısı bireyler için rehabilitasyon hizmetleri,

- Evlilik öncesi ve evlilik sonrası süreçlerde aile danışmanlık hizmetleri,
- Çocuk koruma ve kurumsal yetiştirme hizmetleri,
- Tabii afetlerde mağdurlara psiko-sosyal ve ekonomik destek hizmetleri.

Sosyal Belediyeciliğin Hukuki Dayanakları

Ülkemizde sosyal belediyecilik faaliyetlerinin uygulanmaya başlanması özellikle 1980’li yıllardan sonra başlamıştır. 5393 sayılı Belediye Kanunu ile 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu kapsamında yer alan birçok madde sosyal belediyeciliğin hukuki zeminini oluşturmaktadır. Bu iki kanun, belediyelerin çeşitli sosyal politikaları gerçekleştirmesinde geniş yetkiler vermiştir (47).

5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, bireylerin sosyal ihtiyaçlarının karşılanması ve sosyal sorunlarının çözüme kavuşturulması görevini yerel yönetimlere bırakmaktadır. Aynı kanunun 7. maddesinde “gezici sağlık üniteleri ile yetişkinler, yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak” sorumluluğunu vermektedir (48).

5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 13. maddesinde, herkesin ikamet ettiği bölgenin hemşerisi olduğunu ve hemşerilerin belediye hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olduğu açık bir şekilde ifade edilmektedir. Ayrıca aynı madde de belediyeler, halk arasında sosyal ve kültürel faaliyetlerin geliştirilmesi için çeşitli kamu kurumları, sivil toplum örgütleri ve uzman kişilerden yardım alabilmektedir (49). Sosyal belediyecilik anlayışı çerçevesinde yürütülmesi gereken hizmetleri şu şekilde özetleyebiliriz (50);

- Barınma gereksinimi olan kimsesiz vatandaşların (kadın, erkek, çocuk) barınma gereksinimlerini karşılamak,

- b. Çocuk gündüz bakımevleri ve kreşler yapmak,
- c. Yaşlılar için gündüz bakım evleri ile huzurevleri yapmak,
- d. Hastane ve sağlık kampüs alanları çevresine refakatçilerin barınması için misafirhaneler yapmak,
- e. Mahalle düzeyinde kültürel ve sanatsal etkinliklere imkân verecek merkezler açmak,
- f. Dezavantajlı gruplarda yer alan ihtiyaç sahibi yoksullar için aşevleri ve imarethaneler kurmak,
- g. Tanzim satış mağazaları ile halkın temel gıdası olan ekmek fabrikalarını kurmak,
- h. Engelli vatandaşların sosyal yaşamlarını kolaylaştıracak düzenlemeleri yapmak,
- i. Gençler ve ev hanımları başta olmak üzere ilgi duyan tüm vatandaşlar için meslek ve beceri kursları açmak,
- j. Vatandaşların sosyal yaşamlarını zenginleştirecek piknik, park ve bahçe alanlarını yaygınlaştırmak,
- k. İş kurmak isteyen vatandaşlara yönelik proje destekleme sistemini oluşturmak,
- l. Gıda, kömür, ilaç, kırtasiye malzemesi gibi temel ihtiyaçları karşılamaya yönelik sosyal ayni yardımları yapmak.

SONUÇ

Giderek büyüyen yaşlı nüfus beraberinde yaşlılık sorununu getirmiş ve yaşlılıkla birlikte görülme sıklığı artan Alzheimer hastalarına bakım sorunu da çözüm üretilmesi gereken sosyal sorunlardan biri haline gelmiştir. Bu sosyal sorununun çözüm sürecinde en önemli sorumluluk başta aile ve topluma düşmektedir, ardından kurumsal yapıların sorumluluk almaları beklenmektedir. Mevcut beklenti doğrultusunda yerel ölçekte öncelikli olarak belediyelerin yaşlılara ve Alzheimer hastalarına yönelik politikalar ve hizmetler üretmeleri gerekmektedir. Sosyal belediyeçilik

kapsamında toplumun yaşlı ve yaşlılıktan kaynaklı hastalığa sahip kesimine verilecek hizmetler toplum sağlığına yarar sağlayacaktır. Sonuç olarak, sosyal belediyeçilik anlayışının yerel yönetimlerde hâkim kılınması ve bu anlayış doğrultusunda toplumun kültürel bir mirası ve değeri olan yaşlı nüfusun gündelik yaşamlarından kopmadan, toplumdan da dışlanmadan varlığını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için belediyelerin hizmet vermekle yükümlü oldukları nüfusun ihtiyacını karşılayacak sayıda Alzheimer gündüz yaşam ve yaşlı bakım merkezlerini hizmete açmaları oldukça önemlidir.

Çıkar Çatışması ve Fonlama

Yazı için finansal destek alınmamıştır.


Yazarlar çıkar çatışması olmadığını belirtir.

KAYNAKLAR

1. Berkün S. Türkiye'de sosyal belediyeçilik anlayışı. e-Şarkiyat İlmî Araştırmalar Dergisi, 2017; 9: 582-598.
2. Şimşek G, Altun F. Sosyal Belediyeçilikte Sosyal Hizmetlerin ve Sosyal Girişimci Faaliyetlerin Rolü. Sosyal Çalışma Dergisi, 2020; 4, 55-61.
3. Özer S, Kocaelli H, Yaltrık M. Alzheimer hastalığı ve dental yaklaşım. Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry Dergisi, 2012; 41, 31-38.
4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Demans Bakım Modeli Raporu. Ankara, 2017.
5. Bilir N. Yaşlanan toplum. Sağlıklı Yaşlanma, 2005; 3, 23-32.
6. Akça N, Taşçı S. 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015; 14, 30-37.
7. Göka E, Aydemir Ç. Yaşlıya ve demanslı hastaya psikososyal yaklaşım. Demans Dizisi, 2000; 1, 5-26.
8. Yalılı A., Dönmez Ç. F., Kaptan G. Türkiye'de yaşlı bakım kurumlarına dair bir değerlendirme. Sağlık Bilimleri Yaşam Dergisi, 2016; 1, 30-39.
9. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK), 2018.
10. Zıplar Ü. Dünya'da ve Türkiye'de yaşlılık hizmetleri. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2015; 6, 173-194.
11. Tereci D., Turan G., Kasa N., et al. Yaşlılık kavramına bir bakış. Ufku Ötesi Bilim Dergisi, 2016; 16, 84-116.
12. Borglin G., Ulf J., Anna-Karin E., et al. Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. International Journal of Nursing Studies, 2005; 42, 147-158.

13. <https://www.nia.nih.gov/health/what-alzheimers-disease>
Erişim tarihi: 27.11.2019.
14. Hanağası H., Emre M. Demans kavramı ve hastaya yaklaşım. Türkiye Klinikleri Neurology-Special Topics, 2009; 2, 1-4.
15. Akdemir A, Cangöz B, Örsel S, et al. Hafif kognitif bozukluğu olan hastalarla Alzheimer tipi demans hastalarının örtük bellek performansı açısından karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi, 2007; 18, 118-128.
16. Özkay Ü. D., Öztürk Y., Can Ö. D. Yaşlanan dünyanın hastalığı: Alzheimer hastalığı. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2011; 18, 35-42.
17. Sarıkaya N., Sukut Ö., Ayhan C. H. Alzheimer hastalarında görülen davranışsal sorunları yönetme. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN, 2017; 3, 33-38.
18. Soner S., Aykut S. Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2017; 3, 375-387.
19. Perkins P, Annegers JF, Doody RS, et al. Incidence and prevalence of dementia in a multiethnic cohort of retirees. Neurology, 1997; 49: 44-50.
20. Tezcan S. Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin yaşadıkları güçlükler. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 32-49.
21. Barlas G, Onan N. Alzheimer hastası ve aileleri ile iletişim. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11, 105-111.
22. Selekler K, Alzheimer Nedir?. Editör: Selekler K, Alzheimer Orta Yaşta Başlar, 1. Baskı, İstanbul, Alfa Yayınları, 2012, 113-114.
23. Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2009; 32-49.
24. Eker E. Alzheimer Hastalığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 2008; 85-110.
25. Gürvit H, Baran B. Demanslar ve kognitif bozukluklarda ölçekler. Nöropiskiyatri Arşivi, 2007; 44, 58-65.
26. TC Resmi Gazete, 24 Mayıs 1983, Sayı: 18059.
27. Yerli G. Yaşlılık dönemi özellikler ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2017; 10, 1279-1287.
28. Gökkoca Z. U., Baharlıetik N. Yaşlılık döneminde sosyal hizmet programları. H. Ü. Toplum Hekimliği Bülteni, 1999; 13, 19-58.
29. Bilge U, Elçioğlu Ö, Ünalacak M. Türkiye'de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri. Euras J Fam Med, 2014; 3, 1-8.
30. Karakuş B. Türkiye'de yaşlılara yönelik hizmetler, Editör: Dalkılıç Y. Türkiye'de yaşlılara yönelik hizmetler, kurumsal yaşlı bakım ve kurumsal yaşlı bakımda illerin durumu, 1.baskı, Ankara, Ertem Basım Yayın Dağıtım San. ve Tic. Ltd. Şti, 2018, 120-122.
31. Savaş S. Avrupa'da ve dünyada gündüz bakım evleri. 3. Akademik Geriatri Kongresi, 26-30 Mayıs 2010, Kaya Artemis Otel, Gazimağusa, KKTC, Sözlü Bildiri Kitapçığı 132-136.
32. Selekler K, Editör: Selekler K, Alzheimer ve Diğer Demanslar 1. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 2003, 81-82.
33. Kulaksızoğlu I., Yücel N. Günlük Yaşam ve Aktiviteler, Editörler: Kulaksızoğlu I, Yücel N. Alzheimer hastası ile yaşamak, 1. Baskı. İstanbul, Novartis, 2010, 97-98.
34. Ateş, M. Yaşlı Bakım Hizmetleri, Editör: Ateş M, Sağlık Hizmetleri Yönetimi, 1. Baskı, İstanbul, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., 2011, 242-244.
35. Nazlıer Keser E, Alzheimer Hastalarına ve Bakım Verenlere Yönelik Sosyal Politikalar: Türkiye – Almanya Karşılaştırması. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi, 2019; 20(45), 93-118.
36. <https://www.alzheimerdermegi.org.tr> Erişim Tarihi: 21.11.2019.
37. Çelik A. Sosyal belediyeçilik anlayışı: Şanlıurfa büyükşehir belediyesi örneği. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2014; 16, 1-20.
38. Akdoğan Y. Ulusal Soruna Yerel Çözüm: Sosyal Belediyeçilik. Eminönü Bülteni, 2002, İstanbul.
39. Göymen K. Türkiye'de yerel yönetimler ve yönetim: gereksinimler, önermeler, yönelimler. Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi, 2000; 9(2), 3-13.
40. Ateş H. Sosyal Belediyeçilik. Çerçeve Dergisi, 2009; 17, 88-95.
41. Ersöz H.Y. Doğuştan Günümüze Sosyal Politika Anlayışı ve Sosyal Politika Kurumlarının Değişen Rolü. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası, 2003; 53(2), 119-144.
42. Pektaş E. K. Türkiye'de sosyal belediyeçilik uygulamaları ve temel sorunlar. Akademik İncelemeler Dergisi, 2010; 5, 4-22.
43. Sezik M. Türkiye'de sosyal belediyeçiliğin gelişimi ve sorun alanları. İnönü Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 2016; 5(2), 171-186.
44. Seçkiner Bingöl E., Ömürgöntülşen U. Sosyal belediyeçilik bağlamında Türkiye'de büyükşehir belediyelerinin sosyal hizmet ve sosyal yardım faaliyetleri. Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi, 2018; 27, 1-26.
45. Özer M. A. Sosyal ekonomi politikaları kapsamında sosyal belediyeçilik anlayışı. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 2015; 35, 79-100.
46. Seyyar A. Sosyal Belediyeçilik ve Sosyal Hizmetler, Editör Seyyar A. Sosyal politika bilimine giriş, 1. Baskı, Sakarya, Sakarya Yayıncılık, 2011, 215-217.
47. Sezik M. Büyükşehirlerin sosyal belediyeçilik yaklaşımlarına bir örnek olarak madde bağımlılığı ile mücadele çalışmaları. Bitlis Eren Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Akademik İzdüşüm Dergisi, 2017; 2, 51-63.
48. TC Resmi Gazete, 23 Temmuz 2004, Sayı: 25531.
49. TC Resmi Gazete, 3 Temmuz 2005, Sayı: 25874.
50. Öz C. S., Yıldırımaltı S. Kent Yönetiminde Yeni Yaklaşımlar ve Etkin Belediyeçilik Uygulamaları. Ed: Mecek M., Parlak B., Atasoy E. Nobel Yayıncılık, Ankara, 2018.

COVID-19 Pandemisine Yönelik Gerontolojik Müdahale Önerileri Gerontological Intervention Recommendations for COVID-19 Pandemic

Işıl Kaleli ^{1,2}

147


¹ Edirne İl Sağlık Müdürlüğü, Keşan Devlet Hastanesi, Edirne, Türkiye
² Akdeniz Üniversitesi, Gerontoloji Bölümü, Doktora Programı, Antalya, Türkiye

COVID-19 pandemisinde yaşa bağlı hastalık insidansı ve ölüm oranlarının artış gösterdiği; özellikle komorbiditenin bu artışı hızlandığı; kırılabilirliği arttıran fiziksel, psikolojik ve sosyal etkenlerin, pandemi döneminde yaşlı bireyleri diğer yaş gruplarına göre daha çok etkilediği bilinmektedir. Yoğun bakıma yatış oranlarındaki artışın sebep olduğu yoğun bakım yatak doluluk oranlarındaki yükselme; sağlık hizmet kaynaklarına daha fazla ihtiyaç duymaları; üstelik virüs bulaş kaynağı olarak görülmeleri yaşlı bireylerin toplum tarafından damgalanmalarıyla sonuçlanmıştır. Tüm bu gerekçeler pandemi döneminde yaşlı bireylere yönelik intervansiyonları (müdahale) zorunlu hale getirmiştir. Bu makalede yaşlı bireylere yönelik yapılabilecek müdahaleler, dayandırıldıkları gerontolojik teoriler ışığında bireysel, toplumsal, sağlık bakım hizmet sunucuları ve karar vericiler açısından ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı bireyler, gerontoloji, intervansiyon, pandemi, COVID-19

During the COVID-19 pandemic, age-related COVID-19 incidence and mortality rates have increased; especially comorbidity has accelerated this increase. It is known that physical, psychological, and social factors -that increase fragility affect older people more than other age groups during the pandemic. Older people have been stigmatized in the community due to their increasing need for intensive care beds and healthcare resources, and they're seen as virus spreaders. All these grounds have brought out obligations to carry out interventions for older adults during the pandemic. In this review article, the interventions can be made subject to older people and discussed in terms of individual, social, healthcare service providers, and decision-makers in gerontological theories.

Keywords: Older people, gerontology, intervention, pandemic, COVID-19

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Işıl Kaleli 
E-posta / E-mail: isilkaleli11@gmail.com
Adres / Address: Şafak Mah. 5035 Sok. No:3 Kepez, Antalya, Türkiye
Telefon / Phone: +90 532 516 45 24
Geliş Tarihi / Received: 14.07.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 12.12.2020

GİRİŞ VE COVID-19'UN YAŞLI YETİŞKİNLER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çin Ofisi tarafından 7 Ocak 2020'de insanlarda yeni tip bir Koronavirüs (2019-nCoV) tanımlanmış; virüs daha sonra SARS-CoV-2 olarak, sebep olduğu hastalık ise COVID-19 olarak adlandırılmıştır. Dünyada ilk vaka 13 Ocak 2020'de, ülkemizde ise 11 Mart 2020'de tespit edilmiştir (1). COVID-19, 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ tarafından pandemi olarak ilan edilmiş (2) ve günümüze gelene kadar küresel çapta çeşitli sağlık, ekonomi, sosyal etkileri olmuş, bundan en fazla yaşlı bireyler etkilenmiştir.

COVID-19'dan ölüm oranının %0,66 olduğu ve yaşla birlikte arttığı bildirilmiştir (3). Bu oran, sadece biyolojik faktörlerden değil; sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin zedelenmesinden de kaynaklanmaktadır. Birçok G20 ülkesinde 65 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık üçte birinin yalnız yaşadığı ve yetersiz gelire sahip olduğu (kadın sayısı daha yüksek) tahmin edilmektedir. Yaşlı bireyler, iyi sosyal güvenlik sistemine sahip ülkelerde daha iyi bakım hizmeti almaktadır (4).

COVID-19 salgınının yarattığı halk sağlığı ve yönetim endişeleri, hem ulusal hem uluslararası düzeyde çeşitli sektörlerin birlikte yürüttüğü istikrarlı çabalarıyla sona erebilecektir (5). Dünyadaki en fazla yaşlı nüfusa sahip 30 ülke Avrupa'da olup (Japonya dışında), bunlar COVID-19'dan en çok etkilenen ülkelerdir. Yaşlı bireylerde COVID-19 sonrası komplikasyonlar önemli ölçüde artmaktadır. COVID-19 kaynaklı ölümlerin %95'inden fazlası 60 yaş üstü, %50'sinden fazlası ise 80 yaş üstü bireylerde meydana gelmektedir. 10 ölümden 8'inde COVID-19'a eşlik eden bir veya daha fazla kronik hastalık (kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve diyabet gibi) olduğu dikkati çekmektedir. DSÖ Avrupa Direktörü Dr. Hans HP Kluge (6),

COVID-19 yayılımının önlenmesinde, toplumun tüm yaş gruplarının dayanışma içinde hareket etmesi, sağlık ve sosyal bakım hizmet sunucularının aynı oranda desteklenmesi, toplumdaki yalnız yaşlı bireyleri herkesin desteklemeyi görev edinmesi konularına dikkat çekmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde COVID-19 nedeniyle 65-84 yaş arası bireylerin %31-59'u hastaneye yatmakta, %4-11'i hayatını kaybetme iken; 85 yaş üzeri bireylerin %31-70'i hastaneye yatmakta, %10-27'si ise hayatını kaybetmektedir (7). Avrupa'nın COVID-19 ile savaştan ilk ülkelerinden biri olan ve en yaşlı nüfusa sahip İtalya'da (ortalama yaşam süresi erkekler için 80,5 yıl ve kadınlar için 84,9 yıl) pandemi ortaya çıktığında, yüce yurttaşlık duygusuyla yardım çalışmalarında öne çıkan yaşlı bireyler bile, iyi yaşam kalitesi ve sağlık arasındaki dengenin bozulma baskısına girmekten kurtulamamış, yaşlı bireyleri desteklemek şart olmuştur (8). İtalya'da 80 yaş üzeri salgından etkilenenlerin oranı %20'leri geçmiştir (9). Yoğun bakım yatış oranlarıyla dikkat çeken ileri yaşlı nüfusun, yoğun bakım yatağından ve ventilatörlerden faydalanma oranı etik sorun olarak tartışılmaya başlanmıştır (10). Yaş arttıkça COVID-19 hastalarının prognozunun bozulduğu gösterilmiş, özellikle komorbiditesi olanların klinik çalışmalardan dışlanması ise (11) ayrı bir hayal kırıklığı olmuştur.

Özellikle altta yatan nörolojik bir rahatsızlık var ise yaşlı bireylerin COVID-19 nedeniyle hastaneye yatma olasılığı artmaktadır (12). DSÖ Avrupa Ofisi, uzun dönem bakım (LTC) ortamında, COVID pandemisine yönelik 10 politika hedefi belirlemiştir. Bunlar uzun dönem bakımda tanı, tedavi, koruma ve enfeksiyon önleme çalışmalarının yeterli ve etkin yapılabilmesi için yönetim, insan ve materyal desteğinin sağlanması, aile ve bakıcıların desteklenmesi, yaşlı bireyin onurunu koruyarak bakım sağlanması, hizmet alıcı ve vericilerin duygusal iyiliğinin devam ettirilmesidir (13).

Dünyanın en yaşlı nüfusuna sahip Japonya'da, Japon Geriatri Topluluğu (14) COVID-19 hastalığının yaşa bağlı komorbidite artışı, kırılmalığa bağlı fiziksel etkiler yanında psiko-sosyal etkilerinin de olduğunu vurgulamaktadır. Bir yandan evde kalma ve yakın temastan kaçınmayı, diğere taraftan yaşa bağlı kırılmalılık ve hastalıkları önlemek için egzersiz, diyet, ağız sağlığı ve sosyal destek çalışmalarının yapılmasını önermektedir (15).

COVID-19'un olağanüstü hızda yayılımı, yaşlı nüfus ile araştırma ve klinik uygulamada kullanım için yeni ve alternatif yöntemler getirmiştir ve getirmeye devam edecektir. Pandemi, normal ve patolojik yaşlanmayı incelemek ve çözüm bulmak için fırsat olabilir (4). Nöro-bilişsel sorunları olan yaşlı bireylerin sosyal izolasyon dönemlerinde izlenmesi ve desteklenmesi için yapılan Bilişsel Stimülasyon Eğitimi çalışmaları bu fırsatlardan birisidir (16).

GERONTOLOJİK İNTERVENSIYON İLİŞKİLİ TEORİLER

Gerontolojik intervensiyon (müdahale), bireyin biyo-psikolojik yönden kendini iyi hissederek ileri yaşlara erişmesini sağlayan tüm uğraşlardır (17). Gelecekte yaşlı bireylerin performansını istenen düzeyde tutmak için Gero-müdahale potansiyeli ile ilgili olarak, üç prototip alan dikkat çekmektedir: 1) sağlık ve günlük yeterlilik, 2) yaşam ortamları ve 3) iletişim (18). Yaşlı bireylerin yeteneklerindeki kayıpları barındıran veya telafi eden bilişsel yaşlanma müdahaleleri, onların bağımsızlıklarını sürdürme yeteneği üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Uygulamalı gerontolojinin etkileyebildiği dört merkezi alan etkisi tartışılmaktadır: Bilişsel yaşlanma, klinik geropsikoloji, insan faktörleri, yaşlı bireylerde iş hayatı (19). Bu alanlar Wahl'ın alanları (18) ile örtüşmektedir. Yaşlı bireylerin bilişsel kapasitesindeki kayıpları telafi etmek için yapılan müdahaleler, sağlık durumunu, günlük yaşamını, yaşadığı ortamı düzenlemesini ve

iletişim başarısını etkilemektedir. Aynı durum klinik geropsikolojik intervensiyonlar, yaşlı bireye ait faktörler ve iş hayatı için de geçerlidir.

Gerontolojik intervensiyon aslında aktivite ve süreklilik teorileriyle yönetilmektedir (20). Paul ve Margret Baltes'in psikolojik yaşlanmanın doğası üzerine yaptıkları inceleme çalışmasında, başarılı yaşlanma için seçim (selection), optimizasyon (optimization) ve kompenzasyon (compensation) bileşenlerinden oluşan 3 bileşenli psikolojik bir model (SOK) sunulmaktadır. Bu model ile fonksiyon kaybı ve/veya kısıtlılığı olan yaşlı bireylerin gelişimsel kapasitesine bağlı uyum yeteneği (yeterliliği) belirlenerek yaşlanma başarıları incelenebilmektedir (21). SOK modelinin başarılı yaşlanmayı sağlık açısından tanımlamada ve ölçmede başarılı bir şekilde kullanılabilirliğini (22) veya geliştirilerek kullanılabilirliğini (23) gösteren çalışmalar yapılmıştır. Yaş, psikolojik yapı, kişilik yapısı, refah durumuyla ilişkili olan SOK modelinin, davranış özelliklerine de etki ettiği bilinmektedir (24). Orta yaşlıların ileri yaşlılara göre daha fazla kullandığı SOK, bilişsel durumun iyi olduğu ileri yaşlılarda da kullanılmaktadır. Günlük stres ve hafıza sorunlarının da SOK kullanımı ile aşılabildiği gösterilmiştir (25). Bu durum yaşlandıkça günün daha az yoğun saatlerinde trafiğe çıkmak (seçim), arabayı hareket ettirmeden önce ayna, telefon, pozisyon kontrollerinin yapılması ve navigasyon cihazını çalıştırılması (optimizasyon), gidilecek yere ortalama sürüş süresinden daha erken saatte yola çıkılması (kompenzasyon) olarak örneklendirilebilir.

Pandemi döneminde, yaşlı bireylerin evde kalarak kurallara uyması seçim yapmaktır. Sevdikleriyle telefonla görüşmesi, internet kullanarak dış dünyaya bağlanması, televizyon aerobik programlarını olabildiğince takip etmesi ise optimizasyondur. Simülasyon programı eşliğinde egzersiz, görüntülü sohbet ve online eğitim programları ise mevcut imkanların daha üst düzeye optimize edilmesi

ile ilgilidir. Teknolojik ve materyal kaynak yetmezliği durumunda balkondan komşusuyla sohbet etmek, müzik dinlemek, egzersiz yapamıyorsa kalori kısıtlamasıyla beden ağırlığını korumak ise kompenzasyon kullanması olarak örneklenebilir.

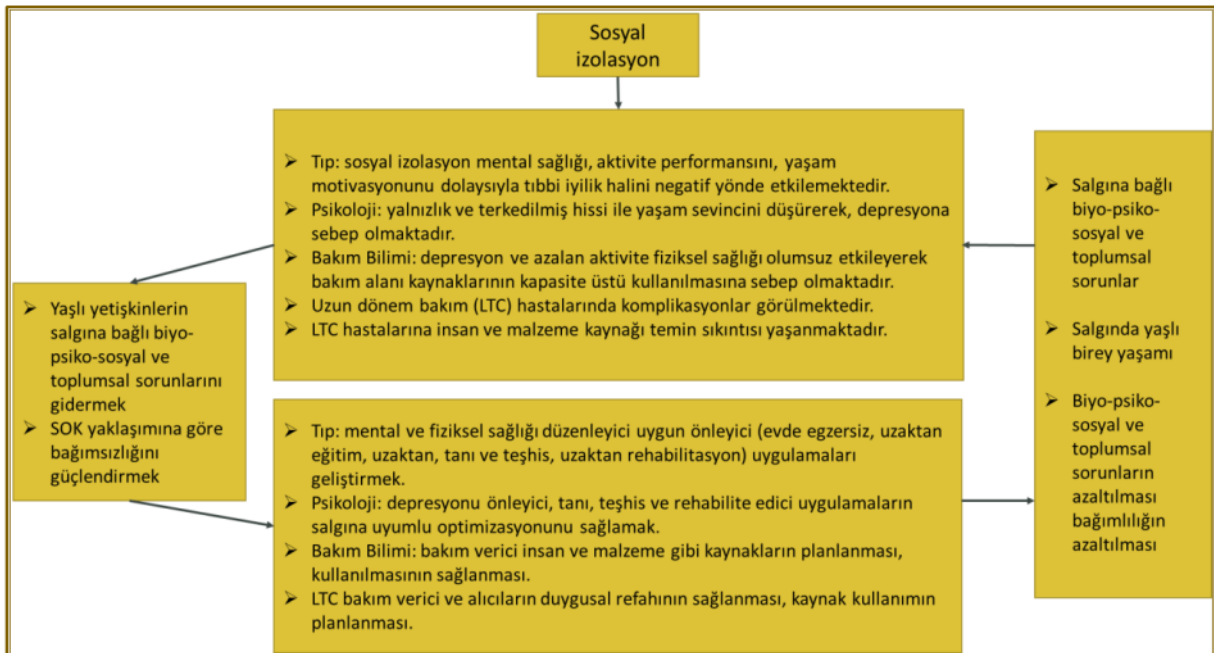
Lawton'un Gerontoloji alanına yaptığı önemli katkılardan olan Baskı-Yeterlilik modeline göre çevresel baskının orta düzeyde tutulması, istenen performansı sağlamaktadır (26). Sosyal temasın azalması durumu düşük fonksiyonel durumla birleştirildiğinde depresif etkilerin artmasına sebep olmaktadır (27). Yaşlı bakımında yeterlilik modeli ise yaşlanma süreçlerinin modifikasyonlarının fizyolojik, psikik, sosyal boyutta ele alınmasıyla başarılı yaşlanmaya odaklanmaktadır (28). Bunlar dışında yaşlının çevresel yeterlilikleri de ele alınmalıdır (20).

COVID-19 konusunda yapılacak müdahalelerin disiplinler arası, multidisipliner ve disiplinler ötesi planlanması gereklidir. Müdahalenin zamanlaması konusunda Schneider'in disiplinler arası ayarlama döngüsünden faydalanılabilir (17). Pandemi

döneminde evde sosyal izolasyona maruz kalmış bir bireyin sosyal destekten mahrum ve yalnız kalması istenmediği gibi; kontrolsüz temas durumunda enfeksiyon riski ile karşılaşması da istenmemektedir. Dışarı çıkamadığı için pasif ve hareketsiz kalan yaşlı bireylerde depresyon ve hareketsizliğe bağlı sağlık sorunları oluşması başka bir problemdir. Yaşlı bireylere uygulanabilecek sosyal izolasyonun disiplinler arası müdahale planlanması taslak çalışması Şekil 1'de görülmektedir.

İNTERVENSİYON ÖNERİLERİ

Birleşmiş Milletler raporunda (12), COVID-19 pandemisinde mental sağlığı korumak, geliştirme ve tedavi etmek için toplumun tüm kesimlerinin birlikte hareket etmesi, oluşturulan mental sağlık hizmetlerine her yerden herkesin ulaşılabilmesi, gelecekte COVID-19 hastalığından tümüyle kurtulmak için mental sağlık hizmetlerinin desteklenmesi gerektiği bildirilmiştir. Yaşanan büyük problemler sonrası iyileşme ve adaptasyon 21. yüzyıl ekonomik, endüstriyel, sosyal ve sağlık



Schneider modelinden uyarlanarak temsili ve ana hatlarıyla çalışılmıştır.

Şekil 1. Salgın Döneminde yaşlı bireylerin deneyimlediği sosyal izolasyona yönelik Gerontoloji İntervensiyonlarında uygulanabilecek disiplinler arası ayarlama döngüsü

temelli sistemler için bir gereklilik; esneklik ise sistemik çöküşe karşı stratejilerin giderek önemi artan bir parçasıdır. Salgınlara karşı dayanıklılık ve esneklik oluşturulması gerekmektedir (4).

COVID-19 salgını döneminde yaşlı bireylerin damgalanması (stigmatizasyon) ve çeşitli bahane ve vaatlerle kötü kullanılması örnekleri ortaya çıkmıştır (12). Yaşlı bireylerde salgın nedeniyle ortaya çıkan etkiler biyo-psiko-sosyal düzeyde yaşanmakta, tüm düzeyler birbirini etkilemektedir. Salgın döneminde en fazla gündeme gelen psikolojik etkiler (anksiyete, depresyon, yalnızlık ve dışlanma hissi) ve bu etkilerin uzaması; bireyin geçmişten gelen diğer mental ve fiziksel sağlık sorunlarının engellilik ile birleşmesi durumlarında kronik depresyon sonucu intihar eğilimi artmıştır (29). Gündelik yaşamda genellikle tanı konulmadan bireysel düzeyde yapılan ufak müdahalelerle sorun olmaktan çıkarılabilecek olan stres ve ajitasyon salgın döneminde sürekli hale gelmiştir (30). Intervensiyonların mikro-makro düzeyde ele alınması, her düzey için intervensiyonlar geliştirilmesi adaptasyon ve iyileşme için zorunluluktur.

a) Yaşlı bireylere yönelik bireysel öneriler:

- Değişime uyum sağlamak: El yıkama, sık kullanılan malzeme ve giysilerin temizlenmesi, sosyal mesafe gibi bulaş riskini düşürecek önlemler konusunda genel davranış değişikliklerine gitmek,
- Hastalıkla ilgili bilgi edinme, aile hekimi ile temasta kalma,
- Plan yapmak: Aile ve yakın çevre ile güvenlik konusunda yiyecek, ilaç, duygusal destek ve bireyin yeterliliğine uygun düzeyde teknoloji içeren planlar (31),
- Acil ve beklenmeyen durumlar için senaryolar oluşturma, gerekli olabilecek kurum, kuruluş ve kişi bilgilerini içeren listeler oluşturma (31),

- Gençlere önerildiği gibi izolasyon dönemini fırsata çevirecek uğraşlar edinme,
- Toplumda benzer profildeki bireylerin uğraşları dışında şahsi ilgi alanlarına yönelik keşifler yapma veya da hayata dair tamamlanmayanları (bireysel hedefler) tamamlama girişimlerinde bulunma,
- Günlük işler dışında, egzersiz, resim, şarkı söyleme, örgü gibi el işleri, dijital araçlarla iletişim kurma gibi aktivitelerle ilgili plan yapılması (30) önerilmektedir.

b) Topluma yönelik öneriler:

- Ulaşılabilir mesafede evde ya da kurumda (huzurevi/bakımevi) yaşayan yaşlı bireylerle uygunsuz temas kurmakta ısrarcı olmamak, sosyal temas için uygun/alternatif temas yöntemleri bulmak,
- Gerektiğinde yaşlı ebeveynlere ekonomik destek vermek (8)
- Ulaşılabilir mesafede karantinada olan, engelli, kırılğan, yalnız yaşayan veya zor durumdaki yaşlı bireylerin yiyecek, ilaç ve diğer malzemelere ulaştırılmasına destek olmak,
- Ulaşılabilir mesafede yaşayan yaşlı bireylerin sağlık ve destek hizmetlere ulaşmalarında yol göstermek, yardım etmek,
- Yeni durumu fırsat bilip, kaynakların uygunsuz ve müsrifçe kullanılmasının, zayıf ve kırılğan bireylerin sömürülmesinin engellenmesi için güvenlik önlemleri alınması, ahlak kavramının ön plana çıkarılması,
- Toplumun tüm kesimlerinin, gencinden yaşlısına, sağlık personelinin market çalışanlarına, kadar herkesin duruma uyum sağlaması,
- Yaşlı bireylerin sosyal hayata entegrasyonu için ve izolasyona maruz kalmamaları ve kontrollü sosyal hayat için bilinç oluşturulması.

c) Sağlık bakım hizmet planlayıcı ve sunuculara yönelik öneriler:

- COVID-19 kriz durumlarında gündeme gelen cepten ödemeler, hizmete erişim engelleri, sağlık çalışanları kaynak sıkıntısının oluşmaması için para, insan ve materyal kaynak tahsisinin planlanması ve alternatif senaryoların oluşturulması,
- Pandemi gibi kriz durumlarında sağlık personelinin rol geçişlerinin ve genişlemesinin kolaylaştırılması için güçlendirilmeleri,
- Sağlık çalışanlarının bireysel koruyucu ekipman kullanımı ve rezervlerinin planlanması,
- Erken uyarı ve izleme için dijital teşhis, meta veri yönetimi, dijital eğitim, dijital takip gibi bakıma dijital entegrasyon altyapı çalışmalarının hızlandırılması,
- AR-GE çalışmalarının etkinliğini hızlandırmak ve iyileştirmek için yapay zekâ ve makine öğrenimi de dahil olmak üzere yeni yaklaşımlar üzerinde çalışılması,
- Yeni teşhis, tedavi ve rehabilitasyon için fon kaynaklarının uygun tahsisinin sağlanması,
- Yeni teşhis, tedavi ve rehabilitasyon uygulama çıktılarının uluslararası platformlarda paylaşılması ve birlikte en iyi senaryoların üretilmesi,
- İlk aşıya veya tedaviye erişmede uluslararası rekabetten kaçınılması, önceliğin ihtiyacın en fazla olduğu veya daha fazla etki beklenen bölgelere ve kurumlara ulaştırılması,
- İhtiyaç ortadan kalktığında, gelecek krizlere hazırlanmak için COVID-19 çalışmalarına son verilerek, küresel inovasyon fonlarının verimli kullanılmasının sağlanması (4),
- Uzaktan erişilebilir, teknoloji tabanlı (telefon, video, internet, web) uygulamalar, mental sağlık destek çalışmaları yapılması (12) önerilmektedir.

d) Politika oluşturulması ve devletlere yönelik öneriler:

- Öncelikle rakamlarla ve durumla yüzleşerek gerçekçi stratejik planların multidisipliner, interdisipliner, disiplinler arası platformlarda uygulanması,
- Yaşlı bireylerin öğrenmeye teşvik edilmesi, meraklandırılmasına yönelik projeler yapılması,
- Yeni ve olası durum/lar için değişim planları yapılması,
- Sağlık sektörüne olan artmış inanç ve güvenin, hizmetlerin planlanması, düzenlenmesi ve gerektiğinde güncellenmesi yoluyla taze tutulması,
- Huzurevleri ve yaşlı bakım merkezlerindeki yaşlı bireylerin enfeksiyondan korunması ve yeterli tıbbi ve sosyal destek almalarının sağlanması (8),
- Salgın sürecinde, dijital bilgi bölünmesi nedeniyle yaşlı bireylerin tüm bilgiye erişmesinin önündeki engellerin uygun yöntemlerle kaldırılması (8),
- Yaşlı bireylerin yaşa bağlı ayrımcılık dahil olmak üzere sağlık ve destek hizmetlere erişiminin önündeki engellerin kaldırılması (8),
- İzolasyon ve ev hapsine bağlı zihinsel ve psikolojik sıkıntılarla başa çıkmalarına yardımcı olmak için alternatif sosyal temas yöntemleri araştırılması,
- Kronik hastaların, maddi yetersizlik yaşayan, hizmetlere erişim engeli olan yaşlı bireylerin tespit edilmesi, kaynaklarının tekrar yapılandırılarak mağduriyetlerinin giderilmesi önerilmektedir (31).

SONUÇ

Pandeminin yaşlı bireyler üzerinde ortaya çıkan psikolojik etkilerinin fiziksel ve sosyal alanlardan bağımsız değerlendirilmesi mümkün olmayacağından, konu biyo-psiko-sosyal boyutlarda bütün olarak ele alınmalıdır. Bu makalede bu boyutlar bireysel, toplumsal,

kurumsal açıdan mikro-makro düzeyde tartışılmıştır. COVID-19 pandemisine benzer ulusal ya da küresel bir salgında, uygulanması önerilen gerontolojik intervansiyonlar aşağıdaki sorular (20) ile ele alınabilir:

1. Müdahale neden gereklidir?

Cevap: Yaşlı bireyler mağdur, dezavantajlı ve muhtaçtır.

2. Müdahale edilmezse ne olur?

Cevap: Biyo-psiko-sosyal yönden olumsuz etkilenirler ve bu durum toplumun tüm düzeylerine yansır.

3. Hangi müdahaleler uygundur?

Cevap: Bireysel, toplumsal, kurumsal ve politik düzeyde bölge, ülke ve bireylere özel planlar oluşturulmalıdır.

4. Müdahale sonucunda hangi istenmeyen etkiler oluşabilir?

Cevap: Kaynakların dağılımının uygunsuzluğu, aşırı ya da yetersiz destek mekanizmaları artabilir. Uygun olmayan müdahalelerle yaşlı bireylerin fiziksel, ruhsal veya sosyal zarar görmesine, yetersiz ya da aşırı performans göstermek zorunda kalmalarına sebep olabilir.

5. Müdahaleyi gerçekleştirecek en uygun kişi kimdir?

Cevap: Resmi olan ve olmayan tüm kurum ve kuruluşların her düzeyde ayrı görev tanımları olmalıdır.

Her öneriye yönelik intervansiyon/ların planlanmasında yapılacak her girişim için Şekil 1'deki Schneider'in disiplinler arası ayarlama döngüsünden faydalanılması, önerilen yöntemlerden biri olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Lawton'un Baskı-Yeterlilik modeli ve Baltes'in SOK modelinin uygulanmasına yönelik yapılacak girişimler ile yaşlı bireylerin onay ve desteğini almak ve onların kararlara katılmasını sağlamak mümkün olacaktır. Modellerin birlikte kullanılması; tek tek bireylerin, toplumun her kesiminin ve tüm disiplinlerin katılımıyla

gerontolojik intervansiyonların yapılabilmesine daha fazla olanak sağlayacaktır.

Çıkar Çatışması ve Fonlama

Bu yazı için finansal destek alınmamıştır.

Yazar çıkar çatışması olmadığını belirtir.

Teşekkür

Bu çalışmayı yapmamda verdiği destek için Prof. Dr. phil. habil. Sn. İsmail Tufan'a teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. TC Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlık Genel Müdürlüğü COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi, Bilim Kurulu Çalışması, 14.04.2020 [Website] https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/COVID-19_Rehberi.pdf, Erişim tarihi: 29.04.2020.
2. WHO-PAHO Director's remarks on COVID-19 pandemic - 11 March 2020. [İngilizce, Website] WHO Regional Office for Americas. <https://www.paho.org/en/documents/paho-directors-remarks-covid-19-pandemic-11-march-2020> , Erişim tarihi: 23.11.2020.
3. Mahase E. Covid-19: death rate is 0.66% and increases with age, study estimates. *BMJ*. 2020 Apr 1;369:1327.
4. Ramos G, Hynes W. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19): A systemic resilience approach to dealing with Covid-19 and future shocks, 2020. [İngilizce, Website] <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/a-systemic-resilience-approach-to-dealing-with-covid-19-and-future-shocks-36a5bdfb/> , Erişim tarihi: 23.06.2020.
5. Zhu H, Wei L, Niu P. The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Global Health Research and Policy*, 2020;5:6.
6. Kluge HHP (2020). Statement – Older people are at highest risk from COVID-19, but all must act to prevent community spread. WHO Regional Office for Europe. [İngilizce, Website] <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements> , Erişim tarihi: 24.6.2020.
7. CDC (2020) Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Older adults. [İngilizce, Website] <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html> , Erişim tarihi: 23.06.2020.
8. Petretto D., R., Pili R. Ageing and COVID-19: What is the Role for Elderly People? *Geriatrics (Basel)*, 2020 Apr 26;5(2):25.
9. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/mortality-risk-covid>, [İngilizce, Website] Erişim tarihi: 23.06.2020.
10. Le Couteur, DG, Anderson, RM, & Newman, AB. COVID-19 Through the Lens of Gerontology. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 2020; 75(9): 119–120.
11. Lithander FE, Neumann S, Tenison E et al. COVID-19 in older people: a rapid clinical review. *Age Ageing*. 2020 Jul 1;49(4):501-515.
12. United Nations Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health, 13.05.2020. [İngilizce, Website] <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN->

- Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf , Erişim tarihi: 24.6.2020.
13. Strengthening the health system response to COVID-19: preventing and managing the COVID-19 pandemic across long-term care services in the WHO European Region, May 29th, 2020. WHO Regional Office for Europe, [İngilizce, Website] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333067/WHO-EURO-2020-804-40539-54460-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> , Erişim Tarihi: 23.11.2020.
 14. COVID-19: Practice Caution for Older People. Japan Geriatrics Society, [İngilizce, Website] <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/en/covid/>. Erişim tarihi: 24.06.2020.
 15. Omura T, Araki A, Shigemoto K, ve ark. Geriatric practice during and after the COVID-19 pandemic. *Geriatr. Gerontol. Int.* 2020; 1–3.
 16. Devita M, Bordignon A, Sergi G. ve Coin, A. The psychological and cognitive impact of Covid-19 on individuals with neurocognitive impairments: research topics and remote intervention proposals. *Aging clinical and experimental research*, 2020; 1–4.
 17. Tufan İ, Seeberger B, Şahin S. Türkiye’de İleri Yaşlılar. Editörler: Tufan İ, Durak M. *Gerontoloji: Kapsam, Disiplinlerarası İş birliği, Ekonomi, Politika*, 1. Baskı, Ankara, Nobel Yayıncılık, 2020, 42-43.
 18. Wahl HW. Zur Veränderung des Alterns heute und morgen--Beiträge der Interventionsgerontologie (Changes in aging today and tomorrow--contributions of interventional gerontology). *Z Gerontol Geriatr.* 2000;33 Suppl 1:85-89.
 19. Sterns HL, Camp CJ. *Applied Gerontology. Applied Psychology: An International Review.* 1998; 47 (2): 175-188.
 20. Tufan İ. *Gerontoloji*. Editör: Tufan İ. *Gerontolojiye Hazırlık: Perspektifler, Teoriler, Yöntemler Üzerine Ön Bilgi*, 1. Baskı, Ankara, Nobel Yayıncılık, 2020: 31-34.
 21. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Eds: Baltes PB, Baltes MM. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1st Ed, Cambridge, Cambridge University Press, 1990: 1–34.
 22. Freund A, Baltes P. Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and aging*, 1999; 13: 531-43.
 23. Donnellan C, O’Neill D. Baltes SOC model of successful ageing as a potential framework for stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 2014; 36(5): 424-429.
 24. Freund AM, Baltes PB. Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: measurement by self-report and construct validity. *Journal of personality and social psychology*, 2002; 82(4): 642-62.
 25. Robinson S, Lachman M, Rickenbach E. Self-Regulatory Strategies in Daily Life: Selection, Optimization, and Compensation and Everyday Memory Problems. *International journal of behavioral development*, 2016; 40(2): 126–136.
 26. Lawton MP. Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist.* 1983 Aug;23(4):349-357.
 27. Knipscheer CPM., Broese Van Groenou MI, Leene GFJ et al. The effects of environmental context and personal resources on depressive symptomatology in older age: A test of the Lawton model. *Ageing and Society*, 2000; 20 (2): 183-202.
 28. Tufan İ. Yaşlı Bakımda Yeterlilik Modeli, *Gerontolojik Söyleşiler*, 1. Baskı, Ankara, Nobel Yayıncılık, 2018; 51-52.
 29. Panchal N, Kamal R, Orgera K, ve ark. The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use, 2020. [İngilizce, Website] <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/> Erişim tarihi: 24.6.2020.
 30. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18.3.2020. WHO reference number: WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1. [İngilizce, Website] <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf> , Erişim tarihi: 27.6.2020.
 31. Henry N. COVID-19: The Perfect Storm for Depression in Older Adults. [İngilizce, Website] <https://www.jcfs.org/blog/covid-19-perfect-storm-depression-older-adults> Erişim: 24.6.2020.

Geriatric Bilimler Dergisi
Yazar/lar için son kontrol listesi

- **Kapak sayfası** dergi kurallarına göre hazırlanmıştır.
- **Dergi yazım kuralları** makalenin türüne göre dikkate alınmıştır.
- **Özet** dergi kurallarına uygun hazırlanmıştır.
- **Anahtar kelimeler** çalışmayı tanımlar özelliindedir.
- Makalenin **kısa başlığı** kapak sayfasında belirtilmiştir.
- **Tablo ve şekiller** dergi yazım kurallarına göre hazırlanmış ve hem ana metinde yer almaktadır hem ayrı olarak sisteme yüklenmiştir.
- **Referanslar** dergi kurallarına göre düzenlenmiştir.
- Orijinal araştırma makaleleri için **etik kurul onayı** alındığı Gereç ve Yöntemler bölümünde belirtilmiş ve etik kurul belge bilgilerine yer verilmiştir.
- **Çıkar çatışması ve fonlama bilgisine** kapak sayfasında yer verilmiştir.
- Makalenin daha önce **başka bir yerde yayınlanmadığı** kapak sayfasında beyan edilmiştir.
- **Yazarların çalışmada aldıkları görev tanımları** kapak sayfasında detaylandırılmıştır.
- **Tüm yazarların bilgileri** dergi kurallarına göre kapak sayfasında belirtilmiştir. (Ad-soyad, akademik ünvan, kurum bilgisi, e-posta adresi, telefon numarası, ORCID bilgisi)
- **Yayın Hakları Devir Formu** tüm yazarlar tarafından imzalanmıştır.
- **Tüm metinler düzenlenebilir formatta** (.doc uzantısında gibi) sisteme yüklenmelidir.

Geriatrik Bilimler Dergisi

Journal of Geriatric Science

YAYIN HAKLARI DEVİR FORMU

başlıklı makalenin yazarları olarak, yayınlanması dileğiyle makalemizi gönderiyor ve aşağıdaki şartları kabul ediyoruz.

1. Makalenin her türlü yayın hakkı, **Geriatrik Bilimler Dergisi** 'ne aittir.
2. Makalenin; bilimsel, etik ve hukuki sorumluluğu yazarlara aittir.
3. Makale; derginin belirttiği yazım ve yayın kurallarına uygun olarak hazırlanmıştır.
4. Makale; değerlendirilmek üzere dergiye gönderildikten sonra, hiçbir aşamada, yayın hakları devir formunda belirtilen yazar isimleri ve sıralaması dışında, makaleye yazar ismi eklenemez, silinemez ve sıralamada değişiklik yapılamaz.
5. Makale orijinaldir. Daha önce yurtiçinde/yurtdışında, Türkçe/yabancı dilde yayınlanmamıştır veya yayınlanmak üzere değerlendirme aşamasında değildir.
6. Yayın editörü, makalenin bilimsel değerlendirme sürecinin herhangi bir aşamasında, gerek gördüğü takdirde, yayınlanması istenilen dergi ve yayın kategorisini değiştirmeyi yazarlardan talep edebilir.
7. Diğer yazarlara ulaşılamaması halinde; yazarların çalışmanın tüm aşamalarından haberdar olduklarını ve diğer yazarların sorumluluklarını, makalenin yazışma yazarı kabul eder.
8. Tüm yazarlar, makalede belirtilen sıraya göre formu imzalamalıdır.

Yazarın Adı Soyadı	Tarih	İmza
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.