

GERİATRİK BİLİMLER DERGİSİ

Journal of Geriatric Science

Cilt/Volume: 5 Sayı/Issue: 1 Nisan/April 2022

Araştırma Makalesi / Original Research

- **Kognitif Sağlıklı Yaşlılarda D Vitamini Depresyon ile İlişkili Olabilir mi ?**
May Vitamin D Be Related to Depression in Cognitive Healthy Older Adults ?
- **COVID-19 Pandemisinde Acil Servis Dışı Bakım Deneyimimiz**
Our Experience of Non-Emergency Department Care in the COVID-19 Pandemic

Derleme / Review

- **Afetlerde Yaşlılara Yardım ve Destek: Afet Gerontolojisi**
Assistance and Support to the Older Adults in Disasters: Disaster Gerontology
- **Yaşlılarda Yutma Fonksiyonu ve Ağız Bakımı**
Swallowing Function and Oral Care in Older Adults



www.jogs.online

Geriatric Bilimler Dergisi

Journal of Geriatric Science

Cilt: 5, Sayı: 1, Nisan 2022 / Volume: 5, Issue:1, April 2022 / 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 Editors in Chief

- Geriatri / Geriatrics:** Pınar SOYSAL, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
Esra ATEŞ BULUT, SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adana, Türkiye
- Gerontoloji / Gerontology:** İsmail TUFAN, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Editörler Kurulu / Editorial Board

- Turgay ÇELİK, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Andrea HELMER-DENZEL, Baden-Württemberg / Heidenheim Cooperative State Üniversitesi, Heidenheim, Almanya
- Gerhard NAEGELE, Dortmund Teknik Üniversitesi - Gerontoloji Enstitüsü, Dortmund, Almanya
- Bülent SAKA, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Bernd SEEBERGER, Özel Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tirol, Avusturya
- Terence SEEDSMAN, Victoria Üniversitesi, Melbourne, Avustralya
- Nicola VERONESE, Padova Üniversitesi, Padova, İtalya
- Derya KAYA, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye
- Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye
- Lut TAMAM, Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye
- Özge DOKUZLAR, Geriatrik Bilimler Derneği, İzmir, Türkiye
- Süleyman Emre KOÇYİĞİT, İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik EAH, İzmir, Türkiye

İngilizce Dil Danışmanı / English Editing Consultant

- Metin ÇAĞLAYAN, İstanbul, Türkiye

Türkçe Dil Danışmanı / Turkish Editing Consultant

- Ali Ekrem AYDIN, Sivas Numune Hastanesi, Sivas, Türkiye

Biyoistatistik Danışmanı / Biostatistical Consultant

- Hülya ELLİDOKUZ, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Yayın Editörü / Publishing Editor

- Ali Ekrem AYDIN, Sivas Numune Hastanesi, Sivas, Türkiye

Bilimsel Danışma Kurulu / Scientific Advisory Board

- Fehmi AKÇİÇEK, İzmir, Türkiye
- Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ, İzmir, 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
- 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
- Füsun YILDIZ, Kocaeli, Türkiye

(Soy isimlere göre alfabetik olarak sıralanmıştır.)

Amaç ve Kapsam

Geriatrik Bilimler Dergisi (GBD) - Journal of Geriatric Science (JoGS), Geriatrik Bilimler Derneğinin **sürelî, hakemli, açık erişimli, bilimsel** resmi yayın organıdır. 2018 yılında yayın hayatına başlayan GBD, **yılda üç sayı (Nisan, Ağustos, Aralık aylarında)** yayımlanmaktadır.

GBD'nin amacı bilimsel açıdan nitelikli makaleler yayımlayarak ulusal ve uluslararası tüm tıbbi kurum ve personele ulaştırmaktır.

GBD'nin başlıca ilgi alanları; geriatrik sendromlar, geriatrik psikiyatri, yaşlı hastaya yaklaşım ve yaşlanmanın biyolojik temelleri olup geriatrik olguların tıbbi, mental, psikolojik, sosyoekonomik ve çevresel problemleri ile ilgili olabilecek retrospektif, prospektif veya deneysel araştırmalar, derlemeler, olgu sunumları, editöryal yorumlar, editöre mektuplar ve geriatride tıp gündemini belirleyen güncel konularda yazılara yer verilmektedir.

GBD'nin hedef kitle, geriatri disipliniyle ilgilenen tüm sağlık çalışanları ile geriatri ve gerontoloji konusunda hizmet eden tüm bireylerdir.

Makaleler, hakem ve yazar açısından **çift-kör danışmanlık sistemine göre** değerlendirilmektedir.

Derginin yayın dili **Türkçe ve İngilizcedir.**

GBD **açık erişimli** bir dergi olup makalelere ücretsiz olarak erişilebildiği anlamına gelmektedir. Kullanıcılar, yayıncıdan veya yazardan izin almaksızın makalelerin tam metinlerini okuyabilir, indirebilir, kopyalayabilir, dağıtabilir, yazdırabilir, bağlantı verebilir. Bu dergide yayınlanan makaleler, **Creative Commons Atıf-GayriTicari-ShareAlike 4.0 Uluslararası Lisansı** ile lisanslanmıştır. Bu lisans çalışmanın sahibine atıf vermek, gayri ticari yapısını korumak ve yeni yaratımları tıpatıp şartlarla lisanslamak koşuluyla başka çalışmalarla birleştirilmesi, çalışmanın üzerine yeni bir çalışma yapılması, ya da farklı düzenlemeler yapılmasına izin vermektedir.

Etik İlkeler ve Yayın Politikası

BİLİMSEL VE ETİK SORUMLULUK

Geriatrik Bilimler Dergisi (GBD)'ne gönderilecek bilimsel yazılar, **International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)**'nin güncel önerilerine ve **Committee on Publication Ethics (COPE)** standartlarına uygun olmalıdır. Eğer makalede etik bir sorun saptanır ise COPE (<https://publicationethics.org/guidance/guidelines>) rehberlerine uyulur.

GBD, **'insan'** ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda **Helsinki Deklarasyonu Prensipleri**'ne uygunluk (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>) ilkesini kabul eder. Makale, **tıbbi dergilerde bilimsel çalışmanın yürütülmesi, raporlanması, düzenlenmesi ve yayınlanması için öneriler** (<http://www.icmje.org/recommendations/>) ile uyumlu olmalı ve bu önerilere göre temsili popülasyonların (cinsiyet, yaş ve etnik köken) dahil edilmesini amaçlamalıdır. Çalışmalarda yazarlar, makalenin gereç ve yöntemler bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından etik kurul onayı belgesi ve çalışmaya katılmış insanlardan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alındığını makalede belirtmelidir. Katılımcıların mahremiyet hakları her zaman gözetilmelidir. Etik kurul onayının belgelendirilerek makale gönderimi sırasında dergi sistemine yüklenmesi gerekmektedir.

Çalışmada **'hayvan'** ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin gereç ve yöntemler bölümünde **Guide for the Care and Use of Laboratory Animals** (<https://www.nap.edu/catalog/5140/guide-for-the-care-and-use-of-laboratory-animals>) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından **etik kurul onayı belgesi** aldıklarını belirtmek ve belgelemek zorundadır. Hayvanların cinsiyeti ve uygun olduğu durumlarda, cinsiyetin çalışmanın sonuçları üzerindeki etkisi (veya ilişkisi) belirtilmelidir.

Olgu sunumlarının hazırlanmasında hastanın mahremiyetinin korunması gereken özenin gösterilmesi gerekmektedir. Hastanın kimliğini tanımlayıcı bilgiler ve fotoğraflar kullanılmamalıdır. Olgu sunumlarında hasta(lar)dan **bilgilendirilmiş gönüllü olur formu** alınmalı ve makalede belirtilmelidir.

Tüm yazarların gönderilen makalede akademik-bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalı, bu katkılar makalede açıkça belirtilmeli ve yazarlar makalenin son halini kabul etmelidir. Makalelerin bilimsel ve etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

Tüm yazarlar, çalışmalarını etkileyebilecek diğer kişi veya kuruluşlarla olan herhangi bir mali ve kişisel ilişkisi bulunup bulunmadığını açıklamalıdır. Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum

mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma, vb. ile nasıl bir ilişkisinin olduğunu (istihdam, danışmanlıklar, hisse senedi sahipliği, ücret karşılığı uzman tanıklığı, patent başvuruları/tescilleri ve hibeler veya diğer fonlar) editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır. Böyle bir ilişki yoksa olmadığı beyan edilmelidir.

KLİNİK ÇALIŞMALARIN RAPORLANMASI

Randomize kontrollü çalışmalar **Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)** yönergelerine göre sunulmalıdır. Makale gönderimi sırasında yazarlar; dahil edilme, kayıt, randomizasyon, çalışmadan çekilme ve çalışmanın tamamlanması gibi prosedürleri ayrıntılı bir şekilde gösteren çalışma akış şemasıyla birlikte CONSORT kontrol listesini sağlamalıdır. (<http://www.consort-statement.org/media/default/downloads/CONSORT%202010%20Checklist.pdf>).

GÖNDERİM BEYANI VE DOĞRULAMA

Bir makalenin dergiye değerlendirilmek üzere gönderilmesi, açıklanan çalışmanın daha önce yayınlanmadığı (özet, yayınlanmış bir ders veya akademik tez biçimi dışında), değerlendirilmediği, yazının tüm yazarlar tarafından ve çalışmanın yürütüldüğü sorumlu makamlarca onaylandığı anlamına gelir. Özgünlüğü doğrulamak için makaleniz, özgünlük tespit hizmetleri tarafından kontrol edilebilir.

KAPSAYICI DİL KULLANIMI

Kapsayıcı dil, çeşitliliği kabul eder, tüm insanlara saygı gösterir, farklılıklara duyarlıdır ve fırsat eşitliğini teşvik eder. İçerik, herhangi bir okuyucunun inançları veya taahhütleri hakkında hiçbir varsayımda bulunmamalıdır; yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken, kültür, cinsel yönelim, engellilik veya sağlık durumu nedeniyle bir bireyin diğerinden üstün olduğunu ima edecek hiçbir şey içermemelidir. İlgili ve geçerli olmadıkları sürece yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken, kültür, cinsel yönelim, engellilik veya sağlık durumu gibi kişisel özelliklere atıfta bulunan tanımlayıcı terimlerin kullanılmaması önerilmektedir.

YAZAR KATKILARI

Şeffaflık için yazarların rollerini kullanarak makaleye bireysel katkılarını özetleyen bir beyan sunulmalıdır. Kavramsallaştırma, veri analizi, metodoloji, proje yönetimi, denetleme, görselleştirme, orijinal taslak, gözden geçirme ve düzenleme gibi katkılar yazı içerisinde referanslardan önce ayrı bir bölümde belirtilmelidir.

YAZAR LİSTESİ

Yazarlardan, makalelerini göndermeden önce yazar listesini ve sırasını dikkatlice oluşturmaları ve orijinal gönderi sırasında yazarların kesin listesini vermeleri istenir. Yazar listesine yazar adlarının eklenmesi, silinmesi veya yeniden düzenlenmesi, yalnızca makale kabul edilmeden önce ve dergi editörü tarafından onaylanırsa yapılabilir. Böyle bir değişikliği talep etmek için, sorumlu yazar tarafından editöre belirtilen beyanların yapılması gerekmektedir: (a) yazar listesindeki değişikliğin nedeni, (b) tüm yazarlardan ekleme, çıkarma veya yeniden düzenleme işlemi kabul ettiklerine dair yazılı onay (e-posta, mektup). Makale çevrimiçi bir sayıda daha önce yayınlanmışsa, editör tarafından onaylanan tüm talepler bir düzeltme (corrigendum) ile dergide belirtilecektir.

TELİF HAKKI

Dergiye gönderilen yazılar için yazarlardan bir **yayın hakkı devir formu** doldurmaları istenmektedir. Dergi içeriklerine ücretsiz olarak ulaşılabilir. Bu dergide yayımlanan makaleler **Creative Commons Atıf-GayriTicari-AynıLisanslaPaylaş 4.0 Uluslararası Lisansı** ile lisanslanmıştır. Makalede bahsi geçen diğer telif hakkı alınmış çalışmalardan alıntılar dahil edilmişse, yazarlar telif hakkı sahiplerinden yazılı izin almalı ve makaledeki kaynaklara atıfta bulunmalıdır. Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır.

YAYIM POLİTİKASI

GBD, Geriatrik Bilimler Derneğinin **sürelî, hakemli, açık erişimli, bilimsel resmi** yayın organıdır. GBD, **yılda üç sayı (Nisan, Ağustos, Aralık aylarında)** yayımlanmaktadır. Yıl içinde gerekli görüldüğünde özel sayılar da yayımlanabilir. GBD yayım faaliyetlerini **Committee on Publication Ethics (COPE)** rehberlerine göre yürütmektedir.

Dergiye gönderilen tüm makaleler, yayın kurulu tarafından, dergi kapsamına ve yazım kurallarına uygunluğu açısından değerlendirilir. Editörler makaleyi hakem değerlendirmesine göndermeden önce red etme veya düzeltilmek üzere yazar(lar)a geri gönderme kararı verebilir. Makaleler, **hakem ve yazar açısından çift-kör danışmanlık sistemine göre** değerlendirilmektedir. **Makaleler, ilgili konuda uzman en az 2 hakeme gönderilir.** Editörler hakem değerlendirmeleri doğrultusunda makalenin revizyonunu isteyebilirler. Revizyon istenen makalelerin belirlenen süre içerisinde (revizyon durumuna göre genellikle 1 veya 2 hafta içinde) tamamlanarak dergiye iletilmesi gerekmektedir. **Ek süre talepleri için ilgili editörle iletişime geçilmesi halinde ek süre tanımlanması editörün inisiyatifindedir.** **Makalenin revize versiyonunun zamanında dergiye iletilmemesi halinde yeni makale başvurusuyla sürece baştan başlanması gerekmektedir.** **Makalenin dergiye gönderilmesinden itibaren 8 hafta içinde değerlendirme sonucu hakkında yazar(lar)a bilgi verilmesi hedeflenmektedir.** Editör, makale ile ilgili nihai kararı (kabul yada red) sorumlu yazara bildirir. **Karar aşaması döneminde geçerli bir açıklama olmaksızın yapılan geri çekme istekleri red edilir.** Tüm yazarlar, editörün makale metninde temel anlamı değiştirmeden yapacağı düzeltmeleri kabul etmiş sayılırlar.

Makalelerin değerlendirilmesi ve/veya basılması sürecinde yazar(lar)dan herhangi bir ücret talep edilmez.

GBD **açık erişimli** bir dergi olup makalelere ücretsiz olarak erişilebildiği anlamına gelmektedir. Kullanıcılar, yayıncıdan veya yazardan izin almaksızın makalelerin tam metinlerini okuyabilir, indirebilir, kopyalayabilir, dağıtabilir, yazdırabilir, bağlantı verebilir. Bu dergide yayınlanan makaleler, **Creative Commons Atıf-GayriTicari-ShareAlike 4.0 Uluslararası Lisansı** ile lisanslanmıştır. Bu lisans çalışmanın sahibine atıf vermek, gayri ticari yapısını korumak ve yeni yaratımları tıpatıp şartlarla lisanslamak koşuluyla başka çalışmalarla birleştirilmesi, çalışmanın üzerine yeni bir çalışma yapılması, ya da farklı düzenlemeler yapılmasına izin vermektedir.

Yazım Kuralları

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, GBD'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 gördüğü 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

GBD'ne makale gönderimi "**Online**" yapılmaktadır. Makale kabul işlemleri DergiPark Akademik üzerinden (<http://dergipark.gov.tr/geriatrik>) yapılmaktadır (Yalnızca bu yolla gönderilen makaleler işleme alınmaktadır). Makalelerinizle ilgili tüm işlemleri de bu adresten takip edebilirsiniz.

YAYIN KURALLARI

BİLİMSEL VE ETİK SORUMLULUK

Etik İlkeler ve Yayın Politikası başlığına bakınız.

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

Dergiye gönderilen yazılar için yazarlardan bir **yayın hakkı devir formu** doldurmaları istenmektedir. Dergi içeriklerine ücretsiz olarak ulaşılabilir. Bu dergide yayınlanan makaleler **Creative Commons Atıf-GayriTicari-AynıLisanslaPaylaş 4.0 Uluslararası Lisansı** ile lisanslanmıştır. Makalede bahsi geçen diğer telif hakkı alınmış çalışmalardan alıntılar dahil edilmişse, yazarlar telif hakkı sahiplerinden yazılı izin almalı ve makaledeki kaynaklara atıfta bulunmalıdır. Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır.

YAZI ÇEŞİTLERİ

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

Özet (Ortalama 250 kelime; amaç, gereç ve yöntemler, bulgular ve sonuç, anahtar kelimeler 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 literatüründe içine alacak şekilde hazırlanabilir. Yazarın o konu ile ilgili birikimi ve basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedenidir. **Yapısı:**

Özet (Ortalama 250 kelime, bölümsüz, anahtar kelimeler yer almalıdır, 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, anahtar kelimeler yer almalıdır, 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.

Editöre sunum sayfası: 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 sayfası:

Makale başlığının Türkçe ve İngilizce yazımı,
Makale kısa başlığının Türkçe ve İngilizce yazımı,
Tüm yazarların ad-soyadları, akademik unvanları ve kurumları, ORCID bilgileri,
Yazışmalardan sorumlu yazarın adı, soyadı, mektup adresi, telefonu, faksı, e-postası,
Yazarların çalışmaya katkıları (görev tanımları),
Yazar çıkar çatışması durumu,
Makaleye konu olan çalışma bilimsel bir kuruluş veya fon ile desteklenmiş ise bu desteğin ayrıntılı bilgisi
Makale daha önce tebliğ olarak sunulmuş ise tebliğ yeri ve tarihi,
Makalenin daha önce başka bir yerde yayınlanmadığının beyanı yer almalıdır.

Özetler ve anahtar kelimeler: 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 yazı çeşitleri 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 referans İngilizce yazıldı ise “et al”, Türkçe yazıldı ise “ve ark.” 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 etkiliğinin 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

İÇİNDEKİLER / CONTENTS



Araştırma Makalesi / Original Research

- 1-7** **Yaşlı Kognitif Sağlıklı Yaşlılarda D Vitamini Depresyon ile İlişkili Olabilir mi?**
May Vitamin D Be Related to Depression in Cognitive Healthy Older Adults?
Açelya GÖKDENİZ YILDIRIM, Fatma Sena DOST
- 8-13** **COVID-19 Pandemisinde Acil Servis Dışı Bakım Deneyimimiz**
Our Experience of Non-Emergency Department Care in the COVID-19 Pandemic
Ali AVCI, Mehmet Serkan YURDAKUL, Burçin DURMUŞ, Sinan DURMUŞ, Muhammet Raşit ÖZER

Derleme / Review

- 14-20** **Afetlerde Yaşlılara Yardım ve Destek: Afet Gerontolojisi**
Assistance and Support to the Older Adults in Disasters: Disaster Gerontology
İsmail TUFAN, Orhan KOÇ, Özlem ÖZGÜR, Fatma Banu DEMİRDAŞ, Saadet TIRYAKI, Furkan ULUSAL, Işıl KALELİ, Barkın DERE
- 21-27** **Yaşlılarda Yutma Fonksiyonu ve Ağız Bakımı**
Swallowing Function and Oral Care in Older Adults
Rukiye DEMİR DİKMEN

Kognitif Sağlıklı Yaşlılarda D Vitamini Depresyon ile İlişkili Olabilir mi? May Vitamin D Be Related to Depression in Cognitive Healthy Older Adults?

Açelya Gökdeniz Yıldırım¹ , Fatma Sena Dost¹ ¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZET

Amaç: Depresyon, yaşlılarda morbidite ve mortaliteye sebep olan geriatrik sendromlardan biridir. Depresyonun erken tanı ve tedavisi bireyin yaşam kalitesi için önemlidir. D vitamini depresyon patofizyolojisinde rol oynayan bir nörosteroid hormondur ve eksikliği yaşlılarda sık görülmektedir. Bu çalışmanın amacı, yaşlılarda sık görülen geriatrik sendromlardan biri olan depresyonun D vitamini ile ilişkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya 60 yaş ve üzeri 392 hasta alındı. Çalışmamız kesitsel retrospektif olarak dizayn edildi. Katılımcıların sosyodemografik verileri, komorbiditeleri, laboratuvar parametreleri, geriatrik depresyon ölçeği puanları, yürüme ve denge ölçeklerini içeren Ayrıntılı Geriatrik Değerlendirme verileri hasta takip dosyalarından incelenerek değerlendirildi. Elde edilen sonuçlarla prevalans analizi yapıldı.

Bulgular: D vitamini değerleri, depresyon tanısı olan grupta, depresyon tanısı olmayan gruptan anlamlı olarak düşüktü ($p<0,01$). Her iki grup yaş açısından benzerlik göstermekteydi. Depresyon tanısı alanlarda kadın cinsiyet oranı daha fazlaydı ($p<0,01$). Depresyon; düşme, malnutrisyon, kadın cinsiyet, düşük eğitim durumu ve ilaç sayısı ile ilişkili bulundu ($p<0,001$). Yaş ve cinsiyet faktörü düzeltildiğinde, depresyonun D vitamini ile ilişkisi ortadan kalktı.

Sonuç: Depresyon ve D vitamini arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Depresyonu olan yaşlı bireylerde D vitamini değerlerini normalize etmek, oluşabilecek morbidite ve mortaliteyi önlemek için yapılan müdahalelerden biri olabilir. Bu konuda yapılacak destekleyici çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: D vitamini, geriatrik depresyon, geriatrik sendrom

ABSTRACT

Aim: Depression is one of the geriatric syndromes that cause morbidity and mortality in the elderly. Early diagnosis and treatment of depression are essential for the individual's quality of life. Vitamin D is a neurosteroid hormone that plays a role in the pathophysiology of depression, and its deficiency is common in the elderly. This study aims to evaluate the relationship between depression, one of the most common geriatric syndromes in the elderly, and vitamin D.

Material and Methods: 392 patients aged 60 years and older were included in the study. It was designed as a cross-sectional retrospective. Comprehensive Geriatric Assessment data, including participants' sociodemographic data, comorbidities, laboratory parameters, geriatric depression scale scores, and gait and balance scales, were evaluated by examining patient follow-up files. A prevalence analysis was performed with the results obtained.

Results: Vitamin D values were significantly lower in the group with depression than those without depression ($p<0.01$). There was no significant age difference between the two groups. The female gender ratio was higher in those diagnosed with depression. Depression was associated with falling, malnutrition, female gender, low educational status, and the number of medications ($p<0.001$). The relation between depression and vitamin D disappeared when age and gender were adjusted.

Conclusions: There is a significant relationship between depression and vitamin D. Normalizing vitamin D values in elderly individuals with depression may be one of the interventions to prevent possible morbidity and mortality. Further studies are needed to support these results.

Keywords: Vitamin D, geriatric depression, geriatric syndrome

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Açelya Gökdeniz Yıldırım 

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

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

Telefon / Phone: +90 232 412 43 45

Geliş Tarihi / Received: 12.03.2022 **Kabul Tarihi / Accepted:** 20.04.2022



GİRİŞ

Depresyon özellikle geriatrik popülasyonda işlevsellikte azalma, sağlık algısının bozulması ve tıbbi hizmet ihtiyacının artması gibi olumsuz sonuçlara neden olması dolayısıyla önemli bir sorun olarak görülmektedir (1). Yapılan çalışmalarda depresyonun inme, kalp yetmezliği, kalça kırığı gibi morbidite ve mortalite ile ilişkisi gösterilmiştir. Bu nedenle depresyonun yaşlı bireylerde erken tanınması ve tedavi edilmesi hem ek tıbbi masrafların hem de bakıcı yükünün azaltılmasına katkı sağlamaktadır (2).

25 Hidroksi vitamin D (25 OH D) depresyon gelişiminde önemli role sahip olabilecek bir nörosteroid hormondur. Depresyonun altta yatan patofizyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte olası mekanizmalar üzerinde durulmaktadır. 5-HT, norepinefrin (NE) ve dopamin (DA), hipokampus üzerinde yer alarak yeni nöron oluşumu, sinaptik plastisite ve ruh hali üzerinde etkisi olan önemli nörotransmitterlerdir (3). Bununla birlikte, D vitamini reseptörlerinin depresyon patofizyolojisinde etkili diğer NT'ler gibi singulat korteks ve hipokampus ile birlikte beyin birçok alanında bulunduğu gösterilmiştir (4). D vitamini eksikliği 5-HT sentezini etkileyerek beyin ve serotonerjik nöronların anormal gelişimine yol açabilir. Ayrıca, dopaminerjik nöronların hücre farklılaşmasını geciktirebilir ve dopaminerjik eksikliğe bağlı davranışsal bozukluklara sebep olabilir (5). Bu sebeple D vitamini eksikliği, 5-HT, DA ve NE düzeylerini doğrudan veya dolaylı olarak etkileyerek depresyonda rol oynayabilir.

Yaşlanmayla birlikte renal fonksiyonların azalmasına bağlı olarak D vitamini aktif formunun (1,25 OH D) sentezi %50 azalır. Bununla birlikte kalsiyum ve D vitamini prekursoru olan 25 OH D emiliminin azalması, güneşe maruziyet ve ciltten D vitamini sentez kapasitesindeki azalma ile malnutrisyon yaşlılarda D vitamini eksikliğine yatkınlık

oluşturur (6-7). Özellikle yaşlı popülasyonda görülen eş kaybı, işsizlik, yalnız yaşama, fiziksel hastalık ve duyuşsal eksiklikler yaşlılık depresyonunun önemli risk faktörlerindedir (8). Yaşlılıkla sıklığı artan D vitamini eksikliği, depresyonu provoke eden bir başka sebep olabilir. Literatürde D vitamini eksikliği ve D vitamini tedavisinin depresyon üzerine etkisi tartışmalıdır (9-10). Bu nedenle bu çalışmada yaşlı hastalarda D vitamini ve depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirerek depresyonu olan hasta grubunda D vitamini tedavisinin önemini vurgulanmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışmaya 01.2017-09.2019 tarihleri arasında geriatri polikliniğine başvuran, demans tanısı olmayan, ayrıntılı geriatrik değerlendirme (AGD) yapılmış ve laboratuvar verileri olan 392 hasta dahil edildi. Hastalardan verilerinin çalışmada kullanılması için onamları alınmıştır. Çalışmamız Helsinki Deklerasyonu Prensiplerine uygun şekilde yürütülmüştür.

Dışlama kriterleri

- Hastanın yürümesine engel olan ciddi osteoartriti veya nöromusküler hastalığı olanlar ile immobil hastalar
- Hastaların takipleri sırasında genel sağlık durumlarını ciddi şekilde bozabilecek akut serebrovasküler olay, gastrointestinal kanama, sepsis, akut böbrek yetersizliği, akut koroner sendrom, akut karaciğer yetersizliği, akut solunum yetmezliği gibi hastalık geçirme ya da yoğun bakımda yatma öyküsü olanlar,
- Alkol ve madde kötüye kullanımı olan hastalar,
- 60 yaşın altındaki hastalar

Hasta özellikleri

Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni durumu, eşlik eden sistemik hastalıklar, kullandığı ilaç sayısı kaydedildi. Hastaların başvuruları sırasında son bir sene içinde düşmesi olup olmadığı belirtildi.

Hastalara ayrıntılı geriatrik değerlendirme amacıyla, nörokognitif değerlendirme için; Mini Mental Durum Muayenesi (MMSE) (5-8 yıl eğitim almış bireylere uygulanmıştır) (11) duyu durum değerlendirmesi için; Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği (YGDS) (12), günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmesi için; Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktivite Skalası (IADL) (13) ve Barthel İndeksi (BI) (14), nutrisyonel değerlendirme için; Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) (15) ölçekleri tarandı. Hastaların zamanlı kalk ve yürü testi not edildi (16). Depresyon tanısı kliniğimizde Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası (YGDS) kullanılarak belirlenmişti. Bu skalaya göre 5 ve üzeri puan alan kişilere depresyon tanısı konuldu (12). MNA kısa formunda 7 ve altında puan alımı malnutrisyon olarak kabul edildi.

Laboratuvar bulguları

Hastaların biyokimyasal, metabolik durumlarını değerlendirmek amacıyla hastalara böbrek fonksiyonları, TSH, D vitamini, B12 vitamini laboratuvar testleri yapıldı. Bütün bu testler otoanalizer tanısal modüler sistem (Roche E170 and P-800) ile elde edildi. Serum 25 OH D radyoimmün test ile ölçüldü.

Etik kurul onayı

Çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nda 18.05.2017 tarihinde 2017/12-11 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS 25 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama \pm standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için median (minimum – maksimum), nominal değişkenler ise vaka sayısı ve (%) olarak gösterilmiştir. Grup sayısı iki olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği t testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney testi ile araştırılmıştır. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher Exact

testi ile değerlendirilmiştir. Depresyonun ilaç sayısı, yaş, cinsiyet, D vitamini düzeyi, düşme ile ilişkisi binominal regresyon analizi ile gösterilmiştir. Ayrıca, bu değişkenlerin etkisinin net olarak gösterilmesi için yaş ve cinsiyet düzeltmeleri de yapılmıştır. $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Poliklinik takibindeki 392 kişiden 103'üne depresyon tanısı kondu. Depresyonu olan grupta yaş ortalaması $72,75 \pm 8,21$ iken depresyonu olmayan grupta $74 \pm 7,70$ idi. Yaş dağılımı açısından iki grup arasında belirgin farklılık yoktu ($p=0,19$). Depresyonu olan grupta kadın cinsiyet oranı ve eğitim düzeyi daha yüksek iken, D vitamini değerleri daha düşüktü ($p < 0,01$). Her iki grubun komorbidite durumları ile bakılan eGFR, vitamin B12 ve TSH değerleri benzerdi. Bununla birlikte depresyonu olan grupta MMSE skorlarının, temel günlük yaşam aktiviteleri (GYA), enstrümental GYA ve MNA skorlarının daha düşük olduğu, kalk ve yürü testinin daha uzun olduğu görüldü ($p < 0,01$). Depresyon durumuna göre hastaların özelliklerinin karşılaştırılması Tablo-I'de gösterilmiştir.

Regresyon analizi ile depresyonun; D vitamini (OR:0,98, %95 CI 0,96-1,00), düşme (OR:2,05, %95 CI 1,25-3,35), malnutrisyon (OR:3,95, %95 CI 1,58-9,87), kadın cinsiyet (OR:2,52 %95 CI 1,45-4,38), düşük eğitim durumu (OR:0,90 %95 CI 0,85-0,94); ve ilaç sayısı (OR:1,06 %95 CI 1,00-1,14) ile ilişkili olduğu görüldü ($p < 0,5$). Yaş ve cinsiyet faktörü düzeltilerek yapılan analizde depresyonun düşme, malnutrisyon, düşük eğitim durumu ve ilaç sayısı ile ilişkisi devam ettiği saptandı (Tablo II). D vitaminin depresyonla ilişkisi yaş ve cinsiyet düzeltmeleri sonrasında ortadan kalkmıştır.

Tablo I. Depresyon durumuna göre hastaların özelliklerinin karşılaştırılması

	Depresyon var (n=103)	Depresyon yok (n=289)	p değeri
Yaş	72,75±8,21	74,00±7,70	0,19
Cinsiyet (kadın%)	81,6	67,3	<0,01
Eğitim (≥11 yıl %)	31,1	46,4	<0,01
Medeni durum (evli%)	54,4	60,2	0,02
İlaç sayısı	5,81±3,44	5,04±3,28	0,03
Komorbit hastalıklar %			
Hipertansiyon	72,8	68,5	0,41
Koroner Arter Hastalığı	20,4	16,3	0,34
Konjestif Kalp Yetmezliği	9,7	4,8	0,07
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	12,6	7,3	0,09
Serebrovasküler Hastalık	7,8	6,9	0,77
Diabetes Mellitus	30,1	25,7	0,38
Laboratuvar Bulguları			
GFR	73,92±19,36	74,57±20,94	0,84
Vitamin D	17,44±14,43	20,87±14,85	<0,01
Vitamin B12	472,04±360,39	492,69±372,11	0,57
TSH	1,49±0,92	1,73±3,50	0,60
Ayrıntılı Geriatrik Değerlendirme			
MMSE	25,84±3,44	26,75±3,34	<0,01
Geriatrik Depresyon Ölçeği	8,04±2,61	1,47±1,37	<0,01
Kalk ve Yürü Testi	15,78±9,68	12,83±7,95	<0,01
Temel GYA	92,50±8,14	96,10±7,05	<0,01
Enstrümental GYA	17,68±4,94	19,97±3,78	<0,01
MNA	10,69±2,38	12,28±1,85	<0,01

GFR: Glomerüller Filtrasyon Oranı; TSH: Tiroid Stimulan Hormon; MMSE: Mini Mental Durum Muayenesi; GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri; MNA: Mini Nutrisyonel Değerlendirme

Tablo II. Depresyon ile sosyodemografik özellikler, D vitamini ve malnutrisyon ilişkisi

	Düzeltilmemiş			Yaş ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş		
	Odds Oranı	%95 GA	p değeri	Odds Oranı	%95 GA	p değeri
Vitamin D	0,98	0,96-1,00	0,047	0,98	0,96-1,00	0,124
Düşme	2,05	1,25-3,35	0,004	1,85	1,12-3,06	0,016
Malnutrisyon	3,95	1,58-9,87	0,003	0,22	0,08-0,57	0,002
Cinsiyet	2,52	1,45-4,38	0,001	2,49*	1,43-4,33	0,001
Yaş	0,98	0,95-1,00	0,165	0,98**	0,95-1,01	0,218
Eğitim	0,90	0,85-0,94	<0,001	0,94	0,85-0,95	<0,001
Medeni Durum	1,12	0,89-1,41	0,316	1,04	0,80-1,35	0,725
İlaç sayısı	1,06	1,00-1,14	0,048	1,08	1,00-1,15	0,031

*Yalnızca yaş ile düzeltme yapılmıştır. **Yalnızca cinsiyet ile düzeltme yapılmıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada kognitif olarak sağlam yaşlılarda, depresyonu olan hastaların daha kötü kognitif performans, fonksiyonellik ve mobiliteye sahip olduğu tespit edildi. Bununla birlikte, depresyonun; düşük D vitamini düzeyi, artan ilaç sayısı, beslenme bozuklukları, düşük eğitim düzeyi, kadın cinsiyet ile ilişkili olabileceği gösterildi.

Depresyon, özellikle yaşlı popülasyonda sıklığı giderek artan bir geriatrik sendromdur. Literatürde depresyon sıklığı toplumlar arasında farklılık göstermektedir. 2013 yılında batı ülkelerinde yapılan bir meta-analizde depresyon sıklığı yaşlı bireylerde %16,5 saptanırken, 2017 yılında yapılan başka bir meta-analizde ise %21.1 olarak raporlanmıştır(17-18). 2020 yılında yine birimimizde yapılan bir çalışmada geriatrik hastalardaki depresyon sıklığı %35,3 olarak belirtilmiştir (19). Bu farklılığın depresyon tanısı için altın standart bir değerlendirmenin olmaması ve toplumlar arasındaki sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Depresyonun düşme, kalça kırığı ve inme gibi önemli morbidite ve mortalite nedenleri ile ilişkisinin gösterilmesiyle erken teşhis ve tedavisinin önemi ortaya çıkmıştır. Altta yatan patofizyolojiler henüz belirsizliğini korumakla birlikte, literatürdeki çalışmalar ışığında D vitamininin depresyon patofizyolojisinde bir rolü olabileceği vurgulanmaktadır. Eyles ve ark. hipotalamusta ve substantia nigra'da D vitamini reseptörü ve D vitamini aktive edici enzim 1-alfa-hidroksilazın yüksek konsantrasyonunu tespit etmişlerdir (20). Başka bir çalışmada Langup ve ark. D vitamininin hipokampal hücre sağkalımında nöroprotektif bir rolü olduğunu bildirmiş ve D vitamini reseptörünün, muhtemelen bir kalsiyum tamponlama mekanizması yoluyla hücrel homeostaz ile ilgili süreçleri düzenleyebileceğini öne sürmüşlerdir (21).

Depresyon ve D vitamini ilişkisi literatürdeki başka çalışmalarda da gösterilmiştir. Wilkins ve ark. yaşlı yetişkinlerde yaptıkları bir çalışmada düşük D vitamini düzeylerini depresif duygudurum ile ilişkili bulmuşlardır(22). Yine mevsimsel depresyonun D vitamini ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, D vitamini replasmanı yapılan hastalarda depresyon semptomlarında iyileşme gözlenmiştir (23). Spedding ve ark.'nın meta-analizinde 15 randomize kontrollü çalışma (RKÇ) incelenmiş ve günlük 800 mg veya daha fazla D vitamini takviyesinin, depresyon tedavisinde faydalı olduğu sonucuna varılmıştır (24). Çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak depresyonu olan grupta D vitamini değerleri düşük saptanmıştır. D vitamini eksikliğinin depresyonun gelişimindeki rolü yanında düşme, malnutrisyon ve ilaç sayısı ile ilişkisi özellikle yaşlı popülasyonda kırılabilirlik ve sosyal izolasyona yol açarak depresif semptomların artmasına sebep olabilir. Düşme öyküsü veya korkusu olan kırılabilir bir yaşlıda yapılan D vitamini takviyesi ile hem oluşabilecek kırık riskine yönelik gerekli kemik mineralizasyonu sağlanabilmekte hem de düşme veya düşme korkusuna bağlı oluşan içe kapanma ve sosyal izolasyona bağlı olarak gelişen depresif semptomların iyileştirilmesi mümkün olabilmektedir.

Depresyon ve D vitamini eksikliği ilişkisinin kadınlarda daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. De Koning ve ark. 2000'den fazla yaşlı yetişkini kapsayan analizinde, D vitamini düzeyleri 75 nmol/L'nin altında olan 65 yaş ve üzeri kadınların daha yüksek depresif semptom yüküne sahip olduğunu saptamışlardır (25). Aynı şekilde, Invecchiare in Chianti (InCHIANTI) çalışması, 1000 yaşlı birey üzerinde yaptığı araştırmada, 50 nmol/L'den düşük D vitamini düzeylerinin, kadınlarda daha güçlü bir ilişki ile depresif semptomları ve vakaları artıran bir risk faktörü olarak tanımladı (26). Kadınlarda D vitamini eksikliği ve depresyon prevalansının daha yüksek olmasının, özellikle fiziksel eksiklik, eş

kaybına bağlı olarak yalnızlık ve genetik yatkınlık nedeni olabileceği üzerinde durulmaktadır (27). Yaptığımız analizde, cinsiyet faktörü ortadan kaldırıldığında D vitamini-depresyon ilişkisinin devam etmemesi dikkat çekiciydi. Bu sonuç kadınların vakitlerini çoğunlukla evde geçirmeleri ve yeterli güneş ışığı almamalarına bağlı olabilir. Aynı zamanda kadınlarda depresyonun daha fazla görülmesi neticesinde eve kapanma sıklığında artış olmaktadır. Bu sebeple kadın cinsiyette D vitamini eksikliği depresyonun hem nedeni hem sonucu olabilir.

Çalışmanın kısıtlılıkları; kesitsel bir çalışma olması nedeniyle D vitamini ve depresyon arasındaki neden-sonuç ilişkisinin değerlendirilememesi, hastaların farklı zamanda alınmaları sebebiyle mevsimsel D vitamini değişikliklerinin göz ardı edilmesi olarak sayılabilir. Bununla birlikte, AGD gibi ayrıntılı bir değerlendirme yapılması ve örneklem büyüklüğü güçlü yönlerimizi oluşturmaktadır.

Depresyonu ve D vitamini eksikliği olan yaşlı yetişkinlerde bağımlılık ve bakıcı yükünün artması beklenen bir durumdur (28-29). Bu nedenle, depresyon tanılı hastalarda D vitamini tedavisini sağlamak, depresyona bağlı oluşabilecek morbidite ve mortaliteyi önlemek açısından maliyet etkin bir yol olabilir.

SONUÇ

Literatürde D vitamini ve depresyon ilişkisini gösteren çalışmalar artmaktadır. Daha geniş örneklemli ve uzun süreli randomize kontrollü çalışmalar yapıldıkça D vitamini takviyesinin yaşlı erişkinlerde depresyon tedavisindeki yeri netleşecektir.

Çıkar Çatışması ve Fonlama

Yazı için finansal destek alınmamıştır.

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını belirtir.

Etik Kurul Onayı

Çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nda 18.05.2017 tarihinde 2017/12-11 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

Yazarların Makaleye Katkıları

Makale konusu, veri toplama ve yazımı: AGY, FSD; İstatistiksel analiz: AGY

KAYNAKLAR

1. Bunce D, Batterham PJ, Mackinnon AJ, et al. Depression, anxiety and cognition in community-dwelling adults aged 70 years and over. *J Psychiatr Res.* 2012; 46(12): 1662–1666.
2. Hammami S, Hajem S, Barhoumi A, et al. Screening for depression in an elderly population living at home. Interest of the mini-geriatric depression scale. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2012; 60(4): 287–293.
3. Sang WJ, Kim YK. Molecular neurobiology and promising new treatment in depression. *Int J Mol Sci.* 2016; 17: 381.
4. Eyles DW, Smith S, Kinobe R, et al. Distribution of the vitamin D receptor and 1 alpha-hydroxylase in human brain. *J Chem Neuroanat.* 2005; 29: 21–30.
5. Geng C, Shaikh AS, Han W, et al. Vitamin D and depression: mechanisms, determination and application. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2019; 28(4): 689–694.
6. Gallagher JC. Vitamin D and aging. *Endocrinol Metab Clin N Am.* 2013; 42(2): 319–332.
7. Briggs R, McCarroll K, O'Halloran A, et al. Vitamin D Deficiency Is Associated With an Increased Likelihood of Incident Depression in Community-Dwelling Older Adults. *JAMDA.* 2019; 20: 517–523.
8. Ramachandran V, Sarada Menon M, Arunagiri S. Socio-cultural factors in late onset depression. *Indian J Psychiatry.* 1982; 24: 268–273.
9. Barnard K, Colon-Emeric C. Extraskeletal effects of vitamin D in older adults: cardiovascular disease, mortality, mood, and cognition. *Am J Geriatr Pharmacother* 2010; 8: 4–33.
10. Mütevazı MB. Vitamin D, light and mental health. *J Photochem Photobiol B.* 2010; 101: 142–149.
11. Güngen C, Ertan T, Eker E, et al. Reliability and validity of the standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population. *Turk Psikiyatri Derg.* 2002; 13(4): 273–281.
12. Durmaz B. Validity and Reliability of Geriatric Depression Scale - 15 (Short Form) in Turkish older adults, North. *Clin. Istanbul.* 2017; 5(3): 216–220.
13. Lawton M, Brody E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969; 9(3): 179–186.
14. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, et al. Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scand J Rehabil Med.* 2000 ;32(2): 87–92.
15. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us?. *J Nutr Health Aging.* 2006; 10(6): 466–487.
16. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Phys Ther.* 2000; 80(9): 896–903.

17. 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.
18. Van Agtmaal MJM, Houben AJHM, PouwerF, et al. Association of microvascular dysfunction with late-life depression: A systematic review and metaanalysis. *JAMA Psychiatry.* 2017; 74(7): 729–739.
19. Mutlay F, Erken N, Dost Günay FS, et al. Yaşlılarda Depresyon Düşme Sıklığı ile İlişkilendirilebilir mi? *Geriatrik Bilimler Dergisi / Journal of Geriatric Science.* 2020; 3(3): 103-109.
20. Eyles DW, Smith S, Kinobe R, et al. Distribution of the vitamin D receptor and 1 alpha-hydroxylase in human brain. *J Chem Neuroanat.* 2005; 29(1): 21-30.
21. Langub MC, Herman JP, Malluche HH, et al. Evidence of functional vitamin D receptors in rat hippocampus. *Neuroscience.* 2001; 104(1): 49-56.
22. Wilkins CH, Sheline YI, Roe CM, et al. Vitamin D deficiency is associated with low mood and worse cognitive performance in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006; 14(12): 1032-1040.
23. Gloth FM, Alam W, Hollis B. Vitamin D vs broad spectrum phototherapy in the treatment of seasonal affective disorder. *J Nutr Health Aging.* 1999;3(1): 5-7.
24. Spedding S. Review: vitamin D and Depression: a systematic review and metaanalysis comparing studies with and without biological flaw. *Nutrients.* 2014; 6: 1501–1518.
25. De Koning EJ, Elstgeest LEM, Comijs HC, et al. Vitamin D status and depressive symptoms in older adults: A role for physical functioning? *Am J Geriatr Psychiatry.* 2018; 26(11): 1131-1143.
26. Milaneschi Y, Shardell M, Corsi AMM, et al. Serum 25-hydroxyvitamin D and depressive symptoms in older women and men. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010; 95(7): 3225-3233.
27. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet.* 2005; 365(9475): 1961-1970.
28. Sahin Alak ZY, Ates Bulut E, Dokuzlar O, et al. Long-term effects of vitamin D deficiency on gait and balance in the older adults. *Clin Nutr.* 2020 ; 39(12): 3756-3762.
29. Ates Bulut E, Soysal P, Yavuz I, et al. Effect of Vitamin D on Cognitive Functions in Older Adults: 24-Week Follow-Up Study. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2019; 34(2): 112-117.

COVID-19 Pandemisinde Acil Servis Dışı Bakım Deneyimimiz Our Experience of Non-Emergency Department Care in the COVID-19 Pandemic

Ali Avcı¹ , Mehmet Serkan Yurdakul¹ , Burçin Durmuş² , Sinan Durmuş³ 
Muhammet Raşit Özer¹ 

¹ Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Karaman, Türkiye

² Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji, Karaman, Türkiye

³ Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Karaman, Türkiye

ÖZET

Amaç: COVID-19 hastalığının etkileri yaşlı hastalarda daha ağır seyretmektedir. Yapılan gözlemler ve analizler sonucunda yaşlı hastalarda daha ölümcül seyredebileceği daha önce bildirilmiştir. Bakımevlerinde kalan yaşlı hastalarda mortalite ve morbiditenin azaltılmasında, erken tanı koymak kadar, hastane yatış ihtiyacı olan hastayı da erken saptayıp sağlık hizmetine uygun zamanda ulaştırmak önem arz etmektedir. Karaman ilinde ileri yaş ve bakıma muhtaç popülasyonda, COVID-19 enfeksiyonunun hastane dışı bakımevinde optimal tespit ve tedavisinin sağlanması açısından yapılabilecekleri belirlemek amacıyla çalışmamızı planladık. Yapılan analizler sonucunda retrospektif olarak incelediğimiz verilerle beraber, bakımevinde kalan hastaların hastane başvurusu olmadan yerinde muayene deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamız tek merkezli, retrospektif, gözlemsel bir çalışmadır. Bu çalışma, Yollarbaşı Bakımevinde daha önce ters-transkriptaz-polimeraz zincir reaksiyonu (rRT-PCR) ile COVID-19 tanısı konmuş 55 tane hastanın verileri ile yapılmıştır. Bütün hastaların yaşı, cinsiyeti, komorbid hastalıkları, şikâyeti, muayene ve vital bulguları kaydedildi. Hastaların hepsinin kan numuneleri alındı.

Bulgular: Hastaların 27'si erkek (%49,1), 28'i (%50,9) kadındı. Grubun yaş ortalaması 47,91 saptandı. En sık saptanan semptom öksürük (%25,5) ve onu takiben ateşi (%14,5). En düşük oksijen saturasyonu %52 saptandı. Ortalama lenfosit değeri 1590 µl (mikrolitre) olarak tespit edildi. Hastaneye sevk ettiğimiz 3 hastanın da yatışı olmuştur ve %100 oranında doğru sevk yapılmıştır. Ayrıca ilk bakıda bakımevinde bıraktığımız 52 hastadan sadece 3 tanesini sonradan yatış ihtiyacı olmuştur.

Sonuç: Bulaşı azaltmak ve kritik hastaları erken saptamak amaçlı yerinde muayene edilmesinin hem hastanelerin acil servis yükünü azaltacağı hem de bu özel popülasyonun daha az ortam değişikliği ile enfekte olma riskinin azalacağı kanaatine vararak bu konudaki deneyimimizi paylaşmak istedik.

Anahtar kelimeler: COVID-19, bakımevi, erken tanı

ABSTRACT

Aim: The effects of COVID-19 disease are more severe in older adult patients. As a result of observations and analyzes, it has been previously reported that the mortality rate is higher in older adults. In reducing mortality and morbidity in elderly patients staying in nursing homes, it is vital to detect the patient in need of hospitalization early and deliver them to health services on time as well as early diagnosis. We planned our study to determine what can be done to provide optimal detection and treatment of COVID-19 infection in the older adult or dependent population in the out-of-hospital care home in Karaman. We aimed to share our experience of on-site examination of patients living in nursing homes without hospital admission, together with the data we analyzed retrospectively as a result of the analyzes made.

Material and Methods: Our study is a single-center, retrospective, observational study. This study was conducted with the data of 55 patients previously diagnosed with COVID-19 by reverse-transcriptase-polymerase chain reaction (rRT-PCR) in Yollarbaşı Nursing Home. Age, gender, comorbid diseases, complaints, examination, and vital signs of all patients were recorded. Blood samples were taken from all patients.

Results: 27 (49.1 %) of the patients were male, and 28 (50.9%) were female. The mean age of the group was 47.91 years. The most common symptom was cough (%25,5), followed by fever (14.5 %). The lowest oxygen saturation was found to be 52%. The mean lymphocyte value was 1590 µl (microliter). All three patients we referred to the hospital were hospitalized, and a 100% correct referral was made. In addition, only 3 of the 52 patients we left in the nursing home at the first visit needed hospitalization afterward.

Conclusion: We wanted to share our experience; an on-site examination to reduce transmission and detect critical patients early will reduce the burden of emergency services in hospitals and the risk of infection in this particular population with minor environmental change.

Keywords: COVID-19, nursing home, early diagnosis

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Ali Avcı 

E-posta / E-mail: aliavci171@hotmail.com

Adres / Address: Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Merkez/Karaman

Telefon / Phone: +90 507 216 31 56

Geliş Tarihi / Received: 19.12.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 13.03.2022



GİRİŞ

COVID-19 pandemisinde ilk vakalar 2019 Aralık ayında Çin Wuhan kentinde görülmeye başlanmıştır. Yapılan gözlemler sonucunda bulaşın insandan insana olduğu tespit edilmiştir (1). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından ise COVID-19 Mart 2020'de pandemi olarak ilan edilmiştir (2). COVID-19 hastalığının etkileri yaşlı hastalarda daha ağır seyretmektedir. Yapılan gözlemler ve analizler sonucunda yaşlı hastalarda daha ölümcül seyredebileceği daha önce de bildirilmiştir (3). Ayrıca yaşlı hastalarda eşlik eden komorbid durumlar ve baskılanmış immün sistem nedeniyle ateş, öksürük, nefes darlığı gibi patognomik bulgular görülmeyebilir ve bu da erken tanı konmasını engelleyebilir (4).

COVID-19 hastalığının ABD'de birçok bakımevinde ölüme yol açtığı tespit edilmiştir (5). Özellikle pandemi döneminde bakımevi gibi kalabalık yerlerde bulaş daha hızlı olabilmektedir. Hastalara geç tanı konması ve sağlık ekipmanlarına geç ulaşım ölüm oranlarını arttırabilmektedir (6). Ancak bunun yanı sıra pandemi döneminde COVID-19 testi pozitif tüm kişilerin de hastaneye başvurusu bulaş hızını arttırabilir. Bu nedenle COVID-19 tanısı alan hastaların hastaneye başvurularının gerekliliği açısından özenli bir değerlendirme yapmak gerekmektedir. Bu sayede hem bulaş hızı hem hastanelerin iş yükü azaltılmış olur, hem de hastaların gerekli bakım, tetkik ve tedaviye optimal şekilde ulaşması sağlanmış olur. Mortalite ve morbiditenin azaltılmasında; bakımevlerinde kalan yaşlı hastalara ve bakıma muhtaç risk grubundaki özel popülasyona (mental retarde gibi) erken tanı koymak kadar, hastaneye yatış ihtiyacı olan hastayı da erken saptayıp sağlık hizmetine uygun zamanda ulaştırmak önem arz etmektedir. Belirtilen bu nedenlerden yola çıkarak biz de Karaman ilinde, ileri yaş ya da bakıma muhtaç özel popülasyonda COVID-19 vakalarının hastane dışı bakımevinde optimal tespit ve tedavisinin sağlanması açısından yapılabileceklerimizi belirlemek amacıyla çalışmamızı planladık.

Türkiye'de ilk vaka 11 Mart 2020 görülmüştür (7). O tarihten sonra, tüm Türkiye'de olduğu gibi, Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nin ayrı bir bölümü olası COVID-19 vakalarının karşılanacağı, muayene edileceği izole bir alan olarak ayrıldı. Biz bu çalışmada, Karaman ili Yollarbaşı Bakımevinde yapılan taramalar sonrasında daha önce ters-transkriptaz-polimeraz zincir reaksiyonu (rRT-PCR) ile COVID-19 tanısı konmuş hastaları yerinde değerlendirdiğimiz deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

YÖNTEMLER

Çalışmamız tek merkezli, retrospektif, gözlemsel bir çalışmadır. Bu çalışma, Yollarbaşı Bakımevinde daha önce rRT-PCR ile COVID-19 tanısı konmuş 55 tane hastanın verileri ile yapılmıştır.

Bakımevinde kalan 114 kişinin 1-3 Ağustos 2020 tarihleri arasında Karaman İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılan taraması sonucunda 55 kişinin COVID-19 PCR testi pozitif saptanmıştır. Daha sonra bu kişiler diğer kalanlardan izole edilmiştir. Testi pozitif ileri yaş veya bakıma muhtaç bu kişilerin, muayene ve tetkik amaçlı hastanenin COVID-19 acil bölümüne getirilmesi planlanmıştır. Biz ise bu hastalarının tamamının acil servise getirilmesi yerine, hepsini bakımevinde ziyaret ettik. Çalışmamızda iki acil tıp uzmanı ile hastaları bakımevinde değerlendirdik. Yapılan gözlem ve değerlendirmeler sonucunda çalışmamızı planlayarak deneyimimizi paylaşmak istedik.

Tarama sonrası, semptomu var-yok ayrımı yapmadan COVID-19 PCR testi pozitif olan 55 hastayı çalışmaya dahil ettik. Bu 55 kişinin tamamının sistemik muayenesi yapıldı. Bütün hastaların yaşı, cinsiyeti, komorbid hastalıkları, şikâyeti, muayene ve vital bulguları kaydedildi. Hastaların hepsinin kan numuneleri alındı. Alınan kan numuneleri Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

laboratuvarında çalışıldı. Hastaların bütün verilerinin (yaş, komorbid durumlar, vital bulgular ve laboratuvar değerleri) değerlendirilmesi sonucunda yatış endikasyonu olanların hastaneye sevkı yapıldı. Kalan hastalar da 1 ay boyunca bakımevinde telefon ile takip edildi. Bu makalede, yapılan analizler sonucunda retrospektif olarak incelediğimiz verilerle beraber, bakımevinde kalan hastaların hastaneye başvurusu olmadan yerinde muayene deneyimimizi paylaşmayı amaçladık. Saturasyonu %95 altında olanlar düşük saturasyonlu kabul edildi. Sistolik kan basıncı 90 mmHg'nin altında olanlar sistolik kan basıncı düşüklüğü olarak, diyastolik kan basıncı 60 mmHg'nin altında olanlar ise diyastolik kan basıncı düşüklüğü olarak tanımlandı.

Veriler değerlendirilmek üzere SPSS (IBM, SPSS Statistics version 21) programına yüklendi. Her bir değişken için tanımlayıcı istatistikler belirlendi. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı istatistiksel olarak değerlendirildikten sonra hastaların

demografik özellikleri, semptomları, laboratuvar sonuçları ve sonlanışları; sayı-yüzde, ortalama± standart sapma ve medyan değer olarak sunuldu.

Çalışmamız için Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 23.06.2021 tarihli 04-2021/01 karar nolu izin alınmıştır. Tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Çalışmamız Helsinki Deklarasyonu Prensiplerine uygun şekilde yürütülmüştür.

BULGULAR

Hastaların 27'si erkek (%49,1), 28'i (%50,9) kadındı. Grubun yaş ortalaması 47,91±18,71 saptandı. En yaşlı hasta 93 yaşında iken, en genç hasta 13 yaşındaydı. Medyan yaş 49 idi. Semptomları sorgulanan hastaların tetkikler sonrası birincil sonlanımları ve bir aylık takip sonlanımları değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, semptomları, birincil ve bir aylık sonlanımları Tablo-I'de belirtilmiştir. Anamnezleri alınan ve semptom sorgulaması

Tablo I. Hastaların demografik verileri, semptomları ve sonlanımları

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	27	%49,1
	Kadın	28	%50,9
Şikâyet	Aktif Semptom Yok	16	%29,0
	Ateş	8	%14,5
	Ateş ve Öksürük	2	%3,6
	Boğaz Ağrısı	4	%7,3
	Bulantı	1	%1,8
	Eklem ve Kas Ağrısı	3	%5,5
	Halsizlik	7	%12,7
	Öksürük	14	%25,5
Birincil Sonlanımları	Ayaktan Takip	52	%94,5
	Yatış	3	%5,5
Bir Aylık Sonlanımları	İyileşen	49	%89,1
	Bir Ay Sonra Yatış	3	%5,5
	Hayatını Kaybeden	1	%1,8
	Taburcu	2	%3,6

yapılan hastaların büyük çoğunluğunu oluşturan 16 kişide (%29,09) aktif semptom yoktu. 14 kişide sadece öksürük semptomu vardı ve en sık rastlanan semptomdu (%25,5). Sadece ateşi olan 8 kişi vardı (%14,5). 2 kişide hem ateş hem de öksürük semptomu vardı (%3,6). Bulantı semptomu sadece 1 kişide vardı (%1,8). İlk muayene sonrası 3 (%5,5) hastanın hastaneye yatış amaçlı sevkı yapılırken, 52 (%94,5) hasta ayakta bakımevinde takibe alındı. Hastaneye yatan 3 hastanın yaşları sırası ile 93, 81 ve 50 idi. Yatan 3 hastadan 93 yaşında olan hastanede hayatını kaybetti (%1,8). Kalan 2 (%3,6) hasta şifa ile taburcu edildi. 1 aylık takip içerisinde bakımevinde takibe alınan 3 (%5,5) hastanın hastaneye yatışı gerekti ve 49 (%89,1) hasta bakımevinde takip ve tedavi ile iyileşti. Bakımevinde takibe alınan ve sonradan hastaneye yatırılan üç hasta da hastaneden iyileşerek taburcu edildi.

Vital bulguları değerlendirildiğinde, ateşi saptanan hastalar arasında en yüksek vücut sıcaklığı 38,4°C saptandı. Vücut sıcaklığı ortalaması 36,8±0,4 °C idi. Hastaların çoğunda oksijen saturasyonu olağan sınırlarda saptanırken en düşük oksijen saturasyonu %52, ortalaması 95,42±6,75 saptandı ve oksijen saturasyonu düşük olan hastaların gerekli müdahalesi optimal şartlarda yapıldı. COVID-

19 enfeksiyonunda laboratuvar bulguları arasında görülebilen lenfopeni açısından hastalarımız incelendiğinde en düşük lenfosit oranı 440 µl (mikrolitre) ve ortalama lenfosit değeri 1590±660µl olarak tespit edildi. Medyan değeri ise 1370 µl idi. En yüksek C-reaktif protein (CRP) değeri 239 mg/L ve ortalama CRP değeri 12,04±32,65 mg/L olarak bulundu. Hastalarımızla ilgili vital bulgular ve laboratuvar sonuçları Tablo-II'de ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

Bakımevinde hastane şartları olmadan değerlendirdiğimiz hastalardan üç tanesi hastaneye sevk oldu ve üç hastanın da yatışı yapıldı. Bakımevinde izleme alınan hastalardan da üçünün sonradan hastaneye yatışı yapıldı. 49/52 gibi yüksek başarı oranında hastalar değerlendirildi.

TARTIŞMA

COVID-19 ile ilgili semptom gösteren ya da COVID-19 PCR testi pozitif olan yaşlı hastalar erken tedavi, oksijen desteği ihtiyacı ve destek tedavisi açısından erken saptanıp, zamanında değerlendirilmelidir (3). Çünkü bu hasta popülasyonu, ileri yaş ve yandaş kronik hastalıkların getirisi nedeniyle ifade yetisi ve algısı daha düşük olabilen ve bu nedenle COVID-19 hastalığı mortalite ve morbidite

Tablo II. Hastaların vital bulguları ve laboratuvar sonuçları

	Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Yaş	47,91	18,71	49,00	13,00	93,00
Vücut sıcaklığı (°C)	36,8	0,4	36,6	36,3	38,4
Nabız (Atım/Dk)	84,78	16,19	85,00	52,00	124,00
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	114,36	18,81	110,00	60,00	150,00
Diastolik Kan Basıncı (mmHg)	75,36	12,32	70,00	50,00	110,00
Oksijen Saturasyonu (%)	95,42	6,75	97,00	52,00	99,00
Hemoglobin (g/dL)	13,30	1,80	13,20	8,40	17,00
Lökosit (10 ³ /mL)	5,04	1,79	4,74	2,85	9,32
Nötrofil (10 ³ /mL)	3,03	1,52	2,70	1,19	7,68
Lenfosit (10 ³ /mL)	1,59	,66	1,37	,44	3,21
C-Reaktif Protein (mg/L)	12,04	32,65	4,30	,40	239,00

açısından risk altında olan, sıklıkla bakıma muhtaç özellikli gruptur. Bizim çalışmamızda, bakımevinde yaşlı popülasyon ile beraber bakıma muhtaç orta yaş kişiler de mevcuttu. Bu kişilerin erken saptanıp, uygun zamanda hastaneye yatırılıp destek tedavinin başlanması ölüm oranlarını azaltabilir. İtalya’da ölümlerin % 83,4’ü 70 yaş üzeri kişilerde olduğu saptanmıştır (4). Yine İtalya’ da yapılan bir çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlı nüfusun yüksek olduğu belediyelerde ölüm oranının, huzurevinde yaşayan yaşlı nüfusun az olan belediyelere göre yüksek olduğu gösterilmiştir (8). Bunun sebepleri arasında huzurevinde bulaşın hızlı olması, yaşlı hastalarda semptomların geç dönemde ortaya çıkabilmesi, hastaların geç saptanıp hastaneye yatışının ve tedavisinin gecikmesi gösterilebilir (4). Nitekim bizim hastaneye yatışını yaptığımız 3 hastada da belirgin semptom yoktu. Hastaneye yatırdığımız 3 hastanın belirgin semptomu olmamasına, erken ve optimal destek tedaviye rağmen 1 hasta hayatını kaybetti. Ayrıca bir hastanın da oksijen saturasyonu %52 idi ve hastanın tek semptomu ateşti. Belirgin nefes darlığından bahsetmiyordu. Bu hastanın da hemen hastaneye sevk yapıldı ve yatırıldı. Nefes darlığı semptomu olmadığı için geç destek tedaviye başlanması ölüm ile sonuçlanabilirdi. Bakımevinde tarama sonucu COVID-19 testi pozitif olan vakaların hepsinin muayene ve tetkik amaçlı hastaneye sevk planlanmıştı. Bu durum, bulaş oranını arttırabileceği gibi acil serviste yoğunluk artışına sebebiyet verebilirdi. Ancak biz bu vakaların tamamını bakımevinde muayene ve tetkik amaçlı ziyaret ettik ve acil servise gelmeden hastaların ayaktan takip veya yatış gerekliliği açısından durumlarını tespit ettik. Böylece bulaş riski de azaltılmış olduğu gibi, optimal bir şekilde hastalara gereken müdahalenin yapılması amaçlandı.

Son veriler hastaneye yatan ve ortalama yaşı 80 olan hastalarda ölüm oranının %65’e yaklaştığını göstermekte (9). Bizim hastaneye yatırdığımız 3 hastanın yaşları sırası ile 93, 81 ve 50 idi. 93 yaşındaki hasta hastanede

hayatını kaybetti. Hayatını kaybeden hasta bakımevinde yaşayan en yaşlı hastaydı.

Pandemi dönemi uzaktan sağlık hizmetinin önemi artmaya başladı. COVID-19 yayılmasını engellemek ve hastane yükünü azaltmak için uzaktan tedavi hizmetleri tıbbi verimliliği arttırabilir (10). Özellikle pandemi döneminde uzaktan tedavi sosyal mesafe tedbirini teşvik ettiği gibi hastalığın ilerleme riskini de önleyebilir (11). Bizim çalışmamızda, hastaları hastaneye getirilmek yerine bakımevinde ziyaretleri yapıldı ve telefon ile takibine devam edildi. Böylelikle bulaş riski önlenmeye çalışıldı ve hastalığın ilerlemesi yakın takip edildi. Bu şekilde 3 hastanın sonradan hastaneye yatışı yapıldı. Özellikle pandemi dönemi bulaşı azaltmak adına toplu yaşanan yerlerin ziyaretini ve uzaktan takibin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın bir kısım kısıtlılıkları mevcut. Birincisi çalışmamız tek merkezli bir çalışmadı. İkincisi çalışma örnekleme küçüktü. Birçok bakımevini içine alan ve daha büyük sayıda hasta içeren prospektif çalışmalar bizim çalışma sonuçlarımızın önemini desteklenmesi için gereklidir.

SONUÇ

Sonuç olarak; bakımevinde COVID-19 PCR testi pozitif çıkan tüm bireyler geriatrik ya da bakıma muhtaç özel popülasyondur. Hastane şartları olmadan değerlendirilen hastalar için % 100 doğru sevk kararı verilmiştir. Ayrıca bakımevinde hastane şartları olmadan uzaktan takibe alınan hastalarda % 94 (49/52) doğru takip ve tedavi kararı verilmiştir. Pandemi döneminde, toplu yaşanan ve özel popülasyon içeren yerlerde tarama amaçlı COVID-19 testi yapılmaktadır. Testi pozitif çıkan kişilerinin tamamının hastaneye transportu yerine, bulaşı azaltmak ve kritik hastaları erken saptamak amaçlı hastaların yerinde muayene edilmesinin hem hastanelerin acil servis yükünü azaltacağı,

hem de bu özel popülasyonun daha az ortam değişikliği ile enfekte olma riskinin azaltılacağı kanaatine vararak bu konudaki deneyimimizi paylaşmak istedik.

review. medRxiv.

2020

<https://doi.org/10.1101/2020.04.26.20080341>

11. Kadir, M. A. Role of telemedicine in healthcare during COVID-19 pandemic in developing countries. *Telehealth and Medicine Today*, 2020, 5(2).
<https://doi.org/10.30953/tmt.v5.187>

Çıkar Çatışması ve Fonlama

Yazı için finansal destek alınmamıştır.

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını belirtir.

Etik Kurul Onayı

Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 23.06.2021 tarihli 04-2021/01 karar nolu izin alınmıştır.

Yazarların Makaleye Katkıları

Çalışmanın yürütülmesi, gözden geçirilmesi, orijinal taslak oluşturulması: AA; Metodoloji: SD; Veri toplama: MSY; Veri analizi: BD; İstatistiksel analiz: MRÖ

KAYNAKLAR

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020; 323(13):1239-1242.
2. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. Europe: World Health Organization, 2020 [cited 2020 Apr 18]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic> (Erişim tarihi: 15.12.2021)
3. Bianchetti A, Bellelli G, Guerini F, et al. Improving the care of older patients during the COVID-19 pandemic. *Aging Clinical and Experimental Research* 2020 Jul 32:1883-1888.
4. Boccardi V, Ruggiero C, Mecocci P. COVID-19: A Geriatric Emergency. *Geriatrics*. 2020 Apr 26;5(2):24.
5. Grabowski D, Mor V. Nursing Home Care in Crisis in the Wake of COVID-19. *JAMA*. 2020 Jul 7;324(1):23-24.
6. Abrams RH, Loomer L, Gandhi A et al. Characteristics of U.S. Nursing Homes with COVID-19 Cases. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020 Aug;68(8):1653-1656.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 (SARS-CoV-2) Rehberi . https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/COVID-19_Rehberi.pdf . 2020.(Erişim tarihi: 15.12.2021)
8. Ciminelli G, Mandicó SG. COVID-19 in Italy: An Analysis of Death Registry Data. *Journal of Public Health*. 2020 Nov 23;42(4):723-730.
9. Bianchetti A, Rozzini R, Guerini F et al. Clinical presentation of COVID-19 in dementia patients. *J Nutr Health Aging*. 2020; 24(6):560-562.
10. Golinelli, D., Boetto, E., Carullo, G., et al. How the COVID-19 pandemic is favoring the adoption of digital technologies in healthcare: a rapid literature

Afetlerde Yaşlılara Yardım ve Destek: Afet Gerontolojisi Assistance and Support to the Older Adults in Disasters: Disaster Gerontology

İsmail Tufan¹ , Orhan Koç² , Özlem Özgür¹ , Fatma Banu Demirdağ³ , Saadet Tiryaki³ 
Furkan Ulusal³ , Işıl Kaleli³ , Barkın Dere⁴ 

¹ Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Gerontoloji Bölümü, Antalya, Türkiye

² Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara

³ Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gerontoloji Doktora Programı, Antalya, Türkiye

⁴ Antalya Büyükşehir Belediyesi, Antalya, Türkiye

ÖZET


Türkiye'de deprem, sel baskını ve orman yangını gibi doğal ve doğal olmayan afetlere sık rastlanmaktadır. Afetleri, travmatik kriz olarak yaşayan yaşlılara özel yardım ve destekler sağlanırsa, bu durumu daha kısa sürede ve daha kolay atlatacaklardır. Bu görüşten hareket ederek, yeni bir gerontolojik girişim alanı olarak tanımlanan "Afet Gerontolojisi" bu çalışmada tanıtılmaktadır. Derleme olarak hazırlanmış olan bu çalışmada afetler kriz kavramıyla ilişkilendirilmekte ve teorik çerçeve ile bu ilişki desteklenmektedir. Afet öncesi ve afet sonrası gerontolojik müdahalelerin, uygulamalı gerontoloji kapsamında multidisipliner bir zeminde oluşturulması gerektiği ve "Afet Gerontolojisi'nin" gönüllü gerontologlar etkinliği ile hayata geçirileceği çalışma kapsamında vurgulanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Afet, afet gerontolojisi, travmatik kriz, yaşlı

ABSTRACT

Natural and unnatural disasters such as earthquakes, floods, and forest fires are common in Turkey. If special assistance and support are provided to older adults who experience disasters such as traumatic crises, they will get over it in a shorter time and more effortless. Based on this view, 'Disaster Gerontology', which is defined as a new field of gerontological intervention, is introduced in this study. In this study, prepared as a review, disasters are associated with the concept of crisis, and this relationship is supported by the theoretical framework. It is emphasized within the scope of the study that pre-disaster and post-disaster gerontological interventions should be created on a multidisciplinary basis within the scope of applied gerontology and that "Disaster Gerontology" will be implemented with the activity of volunteer gerontologists.

Keywords: Disaster, disaster gerontology, traumatic crisis, elderly, older adults

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: İsmail Tufan 

E-posta / E-mail: itufan05@yahoo.com

Adres / Address: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İbrahim Şencan Gerontoloji Merkezi, Antalya

Telefon / Phone: +90 533 713 33 88

Geliş Tarihi / Received: 20.08.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 21.04.2022



GİRİŞ

Afet, sonuçları itibariyle yıkıcı ve şok edici olabilen, tahmin edilemez bir biçimde aniden ortaya çıkan, radikal ve hızlı bir değişim sürecidir. (1). Ülkemizde sık sık doğal ve doğal olmayan afetlerle karşılaşmaktadır. 2021 yılının Temmuz ayında meydana gelen yangınlarda ise Türkiye tüm olanakları seferber ederek bu yangınlara başarılı bir şekilde mücadele etmiş ve yangınlar kontrol altına alınmıştır. Bu da afetlerde hızla devreye sokabildiğimiz genel müdahale olanaklarına sahip olduğumuzu göstermektedir.

Demografik veya toplumsal yaşlanma olarak tanımlanan, genelde yaşlıların nüfusta çoğalmasına yol açan gelişmeler (2) dikkate alındığında, her türlü afette hızla devreye sokulabilecek yaşlılara yönelik özel yardım ve müdahale olanaklarının bulunmaması şaşırtıcıdır.

Yaşlanma ve yaşlılık, algılara ve yaşlı insan hakkındaki düşüncelere göre şekillenmektedir. Noksanlık kuramında, yaşlılarda bedensel ve psikişik yeteneklerdeki "olası ve herkeste aynı zamanda ve düzeyde ortaya çıkmayan" kayıpların ne kadar önemli veya önemsiz oldukları sorgulanmayıp, her yaşlının bu kayıpların kurbanı olduğu kabul edilmiştir. Geri çekilme kuramında da yaşlıların hepsini aynı gözle görerek, yaşlılarda toplumdaki ve sosyal ilişkilerden kopma veya geri çekilme isteğinin olduğunu kabul edilmiştir (3). Fakat bireyin ve toplumun güçlü bir şekilde etkilendiği afetlerde, yaşlı bireylerin hepsinin "aynı terazide" tartılamayacağı yaşanan deneyimler sonucunda anlaşılmıştır. Koronavirüs salgınında, 1999 Marmara depreminde ve son olarak 2021 yaz mevsiminde yaşadığımız yangın afetlerinde, yaşlıları farklı değerlendirmemiz gerektiğini artık anlamış olduğumuzu varsayabiliriz.

Gerontolojik literatürde "ileri yaşlı" olarak nitelendirilen kişiler, yaşı 80 ve üzeri kişilerdir. Türkiye'de ileri yaşlılık 2000 yılından itibaren

belirgin hale gelmiştir (4). Bu yaş grubunda hareketlilik kaybı, kronikleşen sağlık sorunları, Alzheimer hastalığı ve bakıma muhtaçlık gibi sorunlara nüfusun diğer kesimlerine kıyasla daha sık rastlanmaktadır. Türkiye'de en hızlı çoğalan nüfus kesimi, ileri yaşlıları kapsayan yaş grubudur (5). Bu bilgiler dikkate alındığında afetlerde duruma uyum sağlamada en büyük sorunlarla karşı karşıya kalacak olanların ileri yaşlılar arasından çıkacağı sonucuna varılabilir. Bu yüzden afetlerde ileri yaşlılara, standart yardımların ötesine taşan destek ve müdahale olanakları geliştirilmelidir.

TEORİK YAKLAŞIM

Afetler, birey açısından bir kriz durumudur. Afetlere dayanan krizleri bir nevi ölüm sürecine benzetebiliriz. Birey, kendisi için "bu hayatta önemli olan birçok şeyden vazgeçmek" (6) zorunda kalabilir. Ölüm sürecine giren bireyden en önemli farkı ise, umutsuz ve perspektifsiz olmayışıdır. Bu, aşağıda tartışacağımız "Afet Gerontolojisi" kavramının da çıkış noktasıdır.

Krizler, dış ve iç değişim olarak gelişirler. Bunlar, bireyi yeni koşullara uyum sağlamaya zorlamaktadır. İç değişimler, örneğin bir hastalık veya bir travma olabilir. Dış değişimlere örnek olarak ise bir yakının ölümü veya evini kaybetmek gösterilebilir. Gerald Caplan'a göre krizler dört aşamalı bir süreç olarak gelişir (7):

- Birey, problemin çözümü için alışlagelen olanaklarını devreye sokar, ama bunların faydasını göremez. Bu yüzden gerginlik artar.
- Problemi çözemeyeceğini anlar. Bunun sonucunda büyük bir kaygıya kapılır.
- Bireyin artan gerginliği iç ve dış kaynaklarını mobilize eder. Bunları çözüm olanağı olarak acil durumlarda kullanabilir.

- Eğer problem çözülemezse, gerginlik ve kaygılar daha da artarak dezorganizasyon ve yanlış davranışlara yol açar.

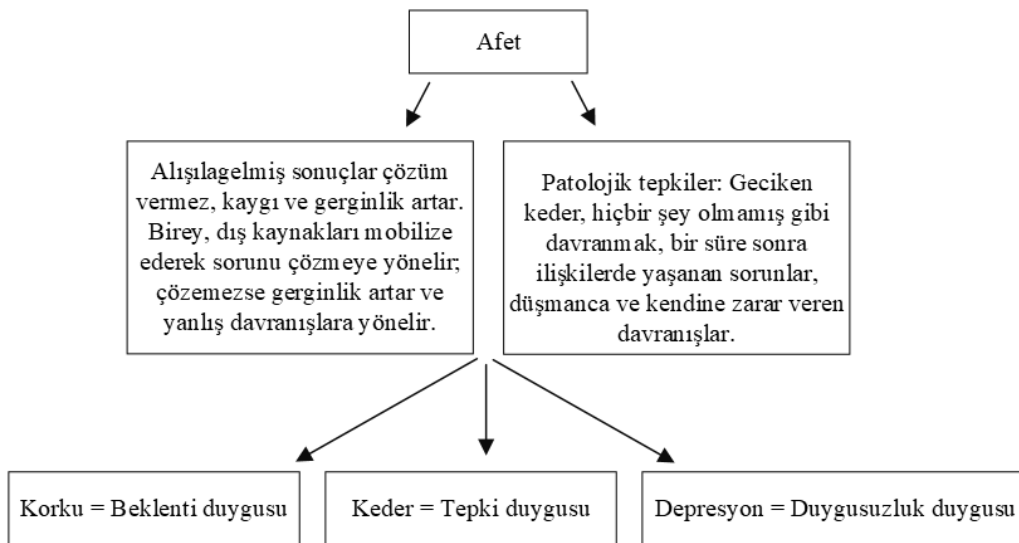
Krizlerde birey çok kırılğan bir dengenin içerisinde. Bu durumlarda destek ve yardıma ihtiyaç duyar. Bu durumdaki bir bireyin tekrar ruhsal dengeye kavuşabilmesi için birkaç günden birkaç haftaya varan bir süreye ihtiyacı vardır (7).

Erich Lindemann, 1943 yılında Boston yangın afetinde hayatta kalan kişilere yardım ettiği sırada afetten etkilenenlerin benzer reaksiyonlar gösterdiklerini gözlemlemiştir. Bu reaksiyonlar bedensel şikayetler, suçluluk duygusu, düşmanca tepkiler, davranış yeterliliği kaybı, ölenlerle yoğun şekilde ilgilenme ve ölenlerin davranışlarını üstlenmedir. Lindemann, bu tür tepkilerin normal olduklarını kabul eder. Ancak bazılarının patolojik tepki verdiklerini gözlemlemiştir. Genellikle bu kişilerde, yas tepkisi önemli ölçüde, hatta bazen aylar boyunca gecikmekteydi. Lindemann, yaşlıların hiçbir şey olmamış, olaya hiç karışmamış ve olaydan hiç etkilenmemiş gibi davrandığını ama bir süre geçtikten sonra arkadaşları ve tanıdıklarıyla olan ilişkilerinin önemli ölçüde değiştiğini, düşmanca ve kendine zarar veren davranışlarının arttığını, bazılarının ise şiddetli

depresyona girdiğini gözlemlemiştir. Lindemann'a göre bunlar, durumsal veya travmatik krizlere birer yanıtıdır. Krizin farkına gecikmeden varılırsa, patolojik gelişmeler hafifletilebilir (7).

Bu bilgiler bir araya toparlandığında, yaşlı kişilerin afetlerde içinde yer aldığı genel durumun özeti ve bireye yardımcı olmak için atılacak olan hedefli adımlar tanımlanabilir. Afet kurbanı kişilerde sık rastlanılan duygular korku, yas ve depresif ruh halidir. Korku bir tehlikenin harekete geçirdiği bir "beklenti duygusudur". Bir şeyden korku değil, bir şeyle karşı karşıya kalmak anlamında korkudur (Şekil 1).

Bu varoluşsal korku diğer korku biçimlerinden farklıdır, çünkü fiziksel bozukluklardan dolayı değil, kişinin kendi varoluşunun çözümlenmesinden duyduğu korkudur. Keder, bir kayıp deneyimi veya bunun hatırası tarafından tetiklenen bir "tepki duygusudur". Bir kayıpla başa çıkmak, uzun bir süre devam edebilir. Bu bağlamda başa çıkma aşamaları; şok, umutsuzluk ve iyileşme olarak dikkate alınmaktadır. Keder, yoğun bir şekilde deneyimlenen bir duygu iken, depresyon duygusu en iyi şekilde "duygusuzluk duygusu" olarak tanımlanabilir. Keder tepkisinin çaresizlik evresinin tüm fiziksel yan etkileri,



Şekil 1. Gerald Caplan (solda) ve Erich Lindemann'ın (sağda) kriz teorileri, krizlerde ortaya çıkan duygular (7, 8)

düşmanca ve otoagresif dürtülere ek olarak ortaya çıkabilirler. Böyle bir tepkisel depresyon, yalnızca yetersiz işlenmiş bir kayıp deneyimiyle değil, aynı zamanda daha genel olarak, kontrol edilemez ve yönetilemez olarak deneyimlenen herhangi bir yoğun olay biçimiyle de tetiklenebilir (8).

Yaşlı birey açısından afetler, normal veya alışlagelen objektif koşulların ortadan kalkması ve üstesinden gelinmesi gereken yeni objektif koşulların ortaya çıkması olarak tanımlanabilir. Afet sonrası müdahalelerin amacı, normalleşmeyi sağlamaktır. Yani mümkün olabildiğince kısa sürede "yaraları sarmak", alışlagelen (normal) objektif koşulları tekrar yaratmaktır.

İleri yaşlılıkta bireyin krizlerle karşı karşıya kalması gerontolojik literatürde "kriz müdahalesi" başlığı altında ele alınan bir konudur. Andreas Kruse'ye göre eylem için belirleyici faktör, nesnel olarak var olan durumdan ziyade öznel olarak deneyimlenen durumdur ve yaşlılıkta kriz durumlarında yaşamını artık 'yapılandırılmaz' ve geleceği 'değiştirilemez' olarak algılayan yüksek stresli kişilerde, kriz müdahaleleriyle mevcut durumu istikrara kavuşturmak ve gelecekteki olasılıklar ve sınırlarla ilgilenmek önemlidir (9).

Afetlere maruz kalan yaşlıların durumunu, intihar düşüncesine sahip yaşlıların durumuyla karşılaştırabiliriz. Norbert Erlemeier'e (10) göre kendini öldürme niyetinin ve intihar eyleminin ardında genellikle dar, görünüşte umutsuz bir yaşam durumu yer alır. Sorunlar artık çözülemez olarak yaşanır. Bunlar, ya uzun süredir gelişmekte olan (yaşam değişimi krizi) ya da güncel kritik yaşam olaylarının tetiklediği ciddi bir krize dönüşür (travmatik kriz). Birey artık durumu iyileştirme umudunu kaybetmiştir. Ona göre, mevcut yaşam koşullarında yaşamaya devam etmek artık mümkün görünmemektedir. İntiharın gerçek niyetini intiharda değil, daha ziyade "sükunete erişme ve dayanılmaz yaşam koşullarına son

verme eğiliminde" aramak gerekir. Bu durum, afet durumlarında da geçerlidir.

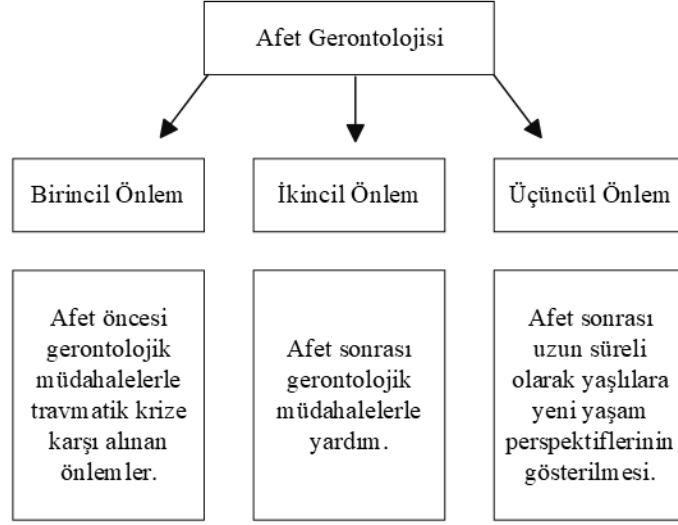
AFET GERONTOLOJİSİ

Demografik yaşlanma ve Türkiye'nin afetlerle görece sık aralıklarla karşı karşıya kalıyor olması dikkate alındığında yaşlılara yönelik özel yardımların olmaması bir eksikliklerdir.

"Afet Gerontolojisi" kavramı, yukarıda tanımladığımız afet durumlarına maruz kalan yaşlılara umutsuz görünen ve travmatik kriz olarak yaşadıkları durumun, umutsuz olmadığının gerontolojik müdahalelerle gösterilmesi olarak tanımlanmıştır. Afet gerontolojisinin amacı travmatik krizlerde yaşlılara yardım ederek bireylerin yeniden umut kazanmalarını sağlamaktır.

Yaşlılara, travmatik kriz olarak yaşadıkları afetlerde yardımcı olabilmek için, Erlemeier'in (10) intihar riski olan kişiler için önerdiği yardım türleri, burada afete maruz kalan yaşlılar dikkate alınarak, şu şekilde tanımlanmıştır (Şekil 2):

- *Birincil önlem*, toplumda, travmatik kriz karşıtı tutumların ve yaşam koşullarının yaratılmasını, travmatik kriz tehlikesinin ve bu yöndeki gelişmelerin önlenmesini, tehlike ve risklerin olabildiğince erken fark edilmesini ve mümkün olduğunca önlenmesini amaçlar. Dolayısıyla Afet Gerontolojisi, sadece afetlerde devreye girmez, aksine afet öncesi çalışmalarıyla yaşlıları olası afetlere hazırlar ve travmatik kriz olarak yaşanmaması için önleyici tedbirler alır.
- *İkincil önlem*, travmatik kriz geçirmiş olan kişilere yardım etmeyi, yani risk altında oldukları için krize müdahale, tedavi ve klinik gerontolojik terapi yöntemleriyle onlara yardım etmeyi amaçlar.
- *Üçüncül önlem*, travmatik kriz olarak yaşanan afetten sonra acil kriz



Şekil 2. Afet Gerontolojisi

müdahalesini ve belirli koşullar altında daha uzun süreli gerontolojik hizmetleri kapsar. Bunların amacı bireye yaşam perspektiflerini göstermektir.

UYGULAMALI AFET GERONTOLOJİSİ

Mal ve can kaybına yol açan, ekonomik, tıbbi, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla afetlerde sıkça kullanılan umutsuzluk, çaresizlik, perspektifsizlik kavramlarının ardında, insanın alışlagelen normal yaşamının dengesinin bozularak dayanma ve katlanma gücünün sınırlarına erişildiği durumlar yer almaktadır. Bu açıdan Afet Gerontolojisi, multidisipliner bir uygulama alanıdır.

Afet Gerontolojisinde afet öncesi ve afet sonrası alınacak önlemler ve yapılacak müdahaleler ile olası bir afette yaşlıların travmatik kriz yaşamalarının önlenmesi hedeflenmektedir. Bu hedefe nasıl ulaşılabilir? Afetlerin mekân ve zaman boyutları dikkate alındığında, önlemlerin yerel niteliği kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla Afet Gerontolojisi, yerel önlemleri dikkate alan uygulamaları kapsamaktadır. Bu da yerel yönetimlerle uyumlu bir iş birliğini gerekli kılmaktadır.

Afet Gerontolojisi organize edilirken, Hans-Dieter Schneider'in interdisipliner girişimlerin önündeki engellerle ilgili ikazını da dikkate almak gerekir. Bu ikaz şu şekildedir (11): "Diğer disiplinlerin üyeleriyle birlikte çalışmak yerine, kişi kendini, kendi bilimi ile sınırlandırır ve bunun kendini daha etkili bir şekilde ortaya koymasına yardımcı olacağını umar." Şöyle de diyebiliriz: Ortak çabalarla üstesinden daha kolay gelinebilecek afet durumlarında, uzmanlar egoist amaçlarından vazgeçme zorluğu çekebilirler. İhtiyacı olana yardım ederken, diğerlerini (yani diğer disiplinlerden gelenleri) bir rakip olarak görüp, onlarla iş birliği yapmak yerine, kendisine yeni bir profil kazandırmaya çalışabilir (Gerçekçi Çatışma Teorisi, akt. Schneider). Bu nedenle, Afet Gerontolojisi kapsamında gerçekleştirilecek disiplinler arası müdahalelere katılanların ortak noktaları vurgulanır ve ortak çalışmadan elde edilecek kazançların eşit dağılımı sağlarsa, en iyi sonuç alınabilir.

Bu durumda Afet Gerontolojisi kapsamında gerçekleştirilecek girişimlerin ortaklarının kimlerden meydana geleceği sorusu da cevaplanmalıdır. İlk etapta akla gelen "ortaklar" geriatri uzmanları, gerontologlar,

hekimler, hemşireler, veterinerler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, yaşlı bakım teknikerleri, Kızılay, AKUT ve yerel yönetimlerdir. Ancak bu listenin nihai ve kesin olmadığını da vurgulamamız yerinde olur. Böyle bir listenin hazırlanması için farklı disiplinlerden aktörlerin Afet Gerontolojisinin ortaklarını birlikte belirlemesi gerekir.

Afet Gerontolojisi ortakları kesin olarak tanımlandıktan ve belirlendikten sonra, ortaklar, afetlerin travmatik krizler yarattığını dikkate alarak, yaşlılara yönelik yardım ve hizmet türlerini birlikte belirlemelidir. Burada, bu hizmetlerin geçici bir listesinin verilmesinden, perspektifi daraltabileceği göz önüne alınarak vazgeçilmiştir.

Gerontoloji, ülkemizde yeni bir bilim dalı olarak şimdiye kadar kısa bir sürede büyük işler başarmıştır. Gerontolojik araştırmaların Türk bilim camiasına kazandırılmasından yaşlılar için eğitim ve öğretim olanaklarına, gerontolojik sivil toplum kuruluşlarından birçok üniversitede gerontoloji bölümlerinin açılmasına, kısaca: yaşlılığın ve yaşlıların görünürlük kazanmasına yardımcı olmuştur (12).

Gönüllü Gerontologlar: Afet Gerontolojisi kapsamında "Gönüllü Gerontologlar" etkinliği harekete geçirilecektir. Türkiye'de Gerontoloji öğretimi alan gençlerden ve mezun olan gerontologlardan meydana gelecek olan Gönüllü Gerontologlar, afetlerde, yaşlılara yardım ve hizmetlerin ulaştırılmasında görev alacaktır.

Gerontoloji öğrencileri, bu görevi yerine getirebilmeleri için özel eğitimden geçirilecektir. Gönüllü Gerontologlar etkinliğine katılan öğrencilerin genel randımanı değerlendirilirken bu durum göz önüne alınacaktır. Etkinliğe katılmayan öğrenciler ise herhangi bir dezavantajla karşılaşmayacaktır. Gönüllü Gerontologlar etkinliği, adından da belli olduğu gibi gönüllülük ilkesini odak noktaya koymaktadır.

SONUÇ

Afet Gerontolojisi, Türkiye'nin önemli bir ihtiyacına cevap vermek üzere ortaya konulan bir kavram ve tekliftir. Ülkemizin bir deprem bölgesi olduğu, kuraklık veya dikkatsizlik veya kasıtlı olarak çıkan orman yangınlarıyla sık sık karşılaşması, sel felaketlerine de ender rastlanmaması, Afet Gerontolojisi altında yeni bir uygulama alanının, ülkemizin bilim alanına entegre edilmesi önerisinin gerekçeleridir.

Afet Gerontolojisi, yaşlılara yönelik olarak afet öncesi ve sonrası olmak üzere uygulama odaklı çalışmalar gerçekleştirecektir. Yaşlıları afetlere hazırlayacak ve afetlerde spesifik yardım ve hizmetlerin, mümkün olan en büyük kapsamda ve en kısa sürede yaşlılara erişmesini sağlayacaktır.

Afet Gerontolojisi, interdisipliner bir çalışma alanı olacaktır. Afet Gerontolojisine katılan "ortaklar", yeni bir alanı keşfedecek, bu alanda yeni bilimsel ve pratik çalışmaların gelişmesine katkı sağlayacaktır. Afet Gerontolojisi, aynı zamanda yerel yönetimlere de yeni perspektifler ve girişim alanları sunacaktır.

Çıkar Çatışması ve Fonlama

Yazı için finansal destek alınmamıştır.
Yazarlar çıkar çatışması olmadığını belirtir.

Yazarların Makaleye Katkıları


Araştırma fikri ve eleştirel inceleme, yazının tasarımı, literatür taraması, bulguların açıklanması ve düzenlenmesi: Yazarlar eşit katkıda bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Fuchs-Heinritz W, Klimke R, Lautmann R, Rammstedt O, Wienold H. Lexikon zur Soziologie. 2. geliştirilmiş ve genişletilmiş baskı, Opladen, Westdeutscher Verlag, 1988, 278.
2. Tufan İ. Bakım Teknikerinin El Kitabı. 1. baskı, Ankara, Nobel Yayınevi, 2020.

3. Tufan İ, Zengin MO, Köse MT. Sosyal Gerontoloji. Editörler; Tufan İ, Durak M. Gerontoloji: Kapsam, Disiplinlerarası İş Birliği, Ekonomi ve Politika, 1. baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2017, 73-88.
4. Tufan İ, Seeberger B, Şahin S. Türkiye'de İleri Yaşlılar. Editörler; Tufan İ, Durak M. Gerontoloji: Kapsam, Disiplinlerarası İş Birliği, Ekonomi ve Politika, 1. baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2017, 37-45.
5. Tufan İ. Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu. 1. baskı. Antalya, GeroYay, 2007.
6. Köther I, Gnam E. Altenpflege in Ausbildung und Praxis. 3. baskı, Stuttgart, Thieme Flexible Taschenbücher, 1995, 696.
7. Pousset, R. Altenpflege kompakt – Schlüsselbegriffe der Ausbildung und Praxis. 1. baskı. Weinheim-Basel, Beltz, 2002, 287.
8. Asendorpf J. Bewerten. Editörler; Pöppel E, Bullinger M, Hartel U. Medizinische Psychologie und Soziologie. 1. baskı, Weinheim, Chapman & Hill., 1994, 121-130.
9. Kruse A. Krisen und Belastungssituationen im Alter, Aspekte Psychothreapeutischer Intervention. Editörler; Kruse A, Lehr U, Oswald F, Rott C. Gerontologie. Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis, 1. baskı, München, Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft mbH, 1988, 353-384.
10. Erlemeier N. Suizidprävention. Editörler; Wahl HW, Tesch-Römer C. Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, 1. baskı, Stuttgart, Kohlhammer Verlag 2000, 379-385.
11. Schneider HD. Interdisziplinäre Perspektiven. Editörler; Wahl HW, Tesch-Römer C. Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, 1. baskı, Stuttgart, Kohlhammer Verlag 2000, 21-26.
12. Tufan İ. Gerontolojiye Hazırlık. 1. baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2021.

Yaşlılarda Yutma Fonksiyonu ve Ağız Bakımı Swallowing Function and Oral Care in Older Adults

Rukiye Demir Dikmen¹ ¹ Bingöl Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Hizmetleri Bölümü, Yaşlı Bakımı Programı, Bingöl, Türkiye

ÖZET

Dünyada yaşlı birey sayısının artacağı öngörülmektedir. Yaşlanma ile beraber birçok sağlık sorunu ortaya çıkmaktadır. Yaşlılarda görülen disfaji bu sorunlardan biridir. Yaşlılar disfajiyi, yiyeceğin boğaza ve göğüse yapıştığı hissi ile ifade etmektedirler. Disfaji bir hastalık olmamakla beraber çeşitli tıbbi durumlardan kaynaklanmaktadır. Yaşlılarda, sarkopeni, etkisiz çiğneme, tükürük salgısında azalma gibi nedenler disfajiye sebep olabilmektedir. Disfaji ise sıklıkla yetersiz beslenme, aspirasyon pnömonisi, morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Disfaji yaşayan yaşlılar yeterli ağız bakımına ihtiyaç duymaktadırlar. Kaliteli bir ağız bakımının gıda alımını kolaylaştırdığı bilinmektedir. Ağız bakımı, ağız kuruluşunu giderebilir ve tükürük salgısını artırarak iştahı artırabilir. Disfajisi olan yaşlılarda ağız bakımı önemlidir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, yutma fonksiyonu, disfaji, bakım

ABSTRACT

It is predicted that the number of older adults in the world will increase. Many health problems arise with aging. Dysphagia in the elderly is one of these problems. The older adults express dysphagia as the feeling of food sticking to the throat and chest. Reasons such as sarcopenia, ineffective chewing, and decreased salivation may cause dysphagia in the elderly. On the other side, dysphagia frequently leads to malnutrition, aspiration pneumonia, morbidity, and mortality. Dysphagia is not a disease but is caused by various medical conditions. Older adults with dysphagia need oral care. It is known that quality oral care facilitates food intake. Oral care can relieve dry mouth and increase appetite by increasing salivation. Oral care is essential for older adults with dysphagia.

Keywords: Older people, swallowing function, dysphagia, care

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Rukiye Demir Dikmen 

E-posta / E-mail: rddikmen@bingol.edu.tr

Adres / Address: Bingöl Üniversitesi, SHMYO, Oda No:A2-06, Bingöl, Türkiye

Telefon / Phone: +90 541 802 80 70

Geliş Tarihi / Received: 28.12.2022 **Kabul Tarihi / Accepted:** 28.03.2022



GİRİŞ

1970 ve 2025 yılları arasında, yaşlı nüfusun dünya çapında %223 artacağı tahmin edilmektedir (1). Bu durumu mümkün kılan büyük tıbbi gelişmeler olmasına rağmen, yaşlı nüfusun sağlıklı kalmasını sağlamak sosyal ve ekonomik olarak büyük bir zorluktur. Yaşlanmanın doğal bir süreç olduğu sağlığı, hayatta kalmayı ve yaşam kalitesini etkileyen birçok fiziksel ve psikolojik değişikliği içerdiği bilinmektedir. Ayrıca, beslenme, akciğer sağlığı ve yeme ve içmeyi içeren sosyal işlevlere katılım üzerinde potansiyel etkisi olan, yutmayla ilgili duyuşal ve motor işlevlerde de değişiklikler meydana gelmektedir. Literatürde yaşlanma ile bağlantılı sinir ve kas dejenerasyonu olarak ifade edilen yutma değişiklikleri için kullanılan presbifaji terimi doğal yaşlanma işleminin bir parçası sayılmaktadır (2). Bu değişiklikler kendi başlarına patolojik olmasalar da, yaşlı bireylerde yutma fonksiyonunda hassasiyet ve azalma oluşturarak morbidite ve mortalite için risk oluşturdukları ifade edilmektedir (3-5).

Yaşlılardaki sağlık sorunlarından biri de disfajidir (6, 7). Yiyeceğin boğazda veya göğüste yapıştığı hissi olarak tanımlanan disfaji (8), yaşlanma, yutma ile ilgili kas fonksiyonlarında azalma, dil, ağız kuruluğu, fiziksel gerileme, sarkopeni ve komorbiditeler sonucunda oluşabilmektedir. Ayrıca, disfaji sıklıkla yetersiz beslenme, aspirasyon pnömonisi, morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır (6-10). Yutma süreci oral, faringeal ve özofagus fazları olmak üzere birbirini takip eden üç aşamadan oluşmaktadır (11). Bu süreç, nöromüsküler aktivitenin koordinasyonunu gerektirmektedir. Yutmadan önce yiyecekler çiğnenmeli ve yutmaya hazır hale gelecek şekilde tükürük ile karıştırılmalıdır. Dişler veya sağlıklı diş protezleri, tükürük salgısı, çiğneme kasları ve dilin duyuşal-motor aktivitesi çiğneme için çok önemli bir rol oynamaktadır (12-14). Yutma işleminde, tükürük ile hazırlanmış karışım dil yüzeyine yerleştirilir, dilin ve yumuşak damağın

yükselmesi ve kasılması (oral faz) ile farinkse aktarılır. Bu süreç istemli bir süreçtir. Tükürük ile karışmış içerik sırayla orofarenks (faringeal faz) ve özofagustan (özofagus fazı) mideye doğru hareket eder. Bu süreç istemsiz olarak çalışmaktadır (11, 12). Bu süreçlerle ilgili anatomik veya fizyolojik bozukluklar disfaji ile sonuçlanmaktadır (15).

Yaşlı bireylerin %10 ile %33'ünü etkileyen bir geriatrik sendrom olan disfaji (16, 17), inme, Alzheimer veya Parkinson hastalığı gibi nörodejeneratif hastalıkları olan yaşlı erişkinlerde yaygın görülmektedir. Disfaji tanısı alan hastalar yetersiz beslenme, pnömoni ve dehidratasyon yaşayabilmektedirler. Hastalar artan ölüm oranları veya uzun süreli bakıma ihtiyaç duyma ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Hasta öyküsüne eklenecek olan 5 soru ile hastaların %80'inde tedavi için spesifik disfaji tipi belirlenebilir: Çiğneme sorun yaşıyor musunuz? Yutmaya çalıştığınızda ne olur? Katıları, sıvıları veya her ikisini birden yutmakta zorluk çekiyor musunuz? Semptom başlangıcı, süresi ve sıklığı? İlişkili semptomlar nelerdir? Hastalar orofaringeal disfaji için, diyet değişikliği, egzersizler, ağız bakımı ve terapötik oral uygulamalar gibi rehabilitasyon girişimleri kullanılarak tedavi edilebilir (18).

YAŞLI BİREYLERDE YUTMA SORUNLARI

Yutma ile ilgili sorun genellikle oral, faringeal veya özofagus disfajisi şeklinde sorunun olduğu aşama ile tanımlanmaktadır. Bununla birlikte, sıklıkla hastalarda, yutkunmanın birden fazla fazında meydana gelen fizyolojik bozukluklar bulunmaktadır. Bu tür rahatsızlıklar aspirasyon veya penetrasyon şeklinde hava yolu invazyonuna sebep olabilir. Sağlıklı bireyler hava yollarındaki invazyonlara tepki olarak boğazını temizler veya öksürür, fakat disfajisi olanlar duyu bozukluğu nedeniyle bu duruma yanıt

veremeyebilirler. Örneğin öksürük veya boğaz temizleme hareketlerini yapamayabilir (19). Disfaji bir hastalık olmamakla beraber çeşitli tıbbi durumlardan kaynaklanmaktadır (20). Orofaringeal disfaji rahatsızlığına yol açan yaygın durumlar arasında inmeler, baş ve boyun kanserleri veya ilerleyici nörolojik hastalıklar (Örn. Demans, Amyotrofik Lateral Skleroz, Parkinson hastalığı) yer almaktadır. Etiyolojisinde ise özofajit, akalazya, özofagus darlıkları, Zenker divertikülü dahil olmak üzere çok sayıda rahatsızlık bulunmaktadır (19). Orofaringeal disfaji, nörolojik hastalıkları (Alzheimer hastalığının %80'i ve Parkinson hastalığının %60'ı) olan yaşlı erişkinlerde daha sık görülmektedir (16). İnmeli hastalarda da yaygın disfaji görülmektedir (21).

Yaşlı Bireylerde Yutma Sorunlarının Genel Sebepleri

Yaşlanma, sağlıklı bireyler dahil olmak üzere tüm insanlarda yemede değişiklikler oluşturur, bu değişikliklerin sadece bir kısmı yutma ile ilişkilidir. Yaşlılık süreci tat alma ve koku duyusunda değişikliklere yol açabilmektedir. Ayrıca iştahı, diyet seçimini ve oral alım miktarını etkileyebilir. Bir kısım sağlıklı yaşlı yetişkinler bile presbifaji ile ilgili sorunlar yaşayabilirler (6, 22-24). Sarkopeninin (ilerleyen yaşla birlikte kas kütlesi ve kalitesinin azalması), yutma için kullanılan kasları etkilediği ifade edilmektedir (25, 26). Yaşlı bireylerde faringeal bölgede yutma refleksinin başlamasında bir gecikme oluşabilir (6, 27). Yemek borusu bölgesinde gıda transferi normal zamanlaması uzayabilir (24). Daha yaşlı bireylerde yaşlanma sürecinin diğer etkileri arasında yemek borusunun düz kaslarının kasılmasında azalma (27), peristaltik olmayan kasılmaların ortaya çıkması, özofagus boşalmasının gecikmesi ve üst özofagus sfinkterinin esnekliğinde azalma yaşanabilir (24, 27). Bu spesifik değişiklikler basınç oluşumunda, hareket açıklığında ve hareket hızında azalmaya neden olabilir (6, 22-24).

Bu etkiler sebebiyle ilerleyen yaşla beraber, ağız içerisinde dilin kuvvet oluşturabilme kapasitesinin azaldığı ve bu durumun da oral faz sırasında basınç oluşumunun azalmasına ve gıda klirensinin zayıflamasına yol açabileceği ifade edilmiştir (28). Çiğnemeye yardımcı olan kaslardaki değişiklikler nedeniyle normalden daha yavaş ve etkisiz çiğneme oluşur bu da boğulma riskini artırır (29). Ayrıca yaşlanma ile beraber tükürük salgısındaki azalmalar yutmayı zorlaştırmaktadır (30). Kullanılan ilaçlar ağız kuruluşuna neden olabilmektedir. Yaşlı bireylerin kullandığı ilaçların birçoğu iştah azalmasına, koordinasyon bozukluklarına ve yemek borusu iltihabına yol açabilir ve var olan sorunu daha fazla kötüleştirebilmektedir. Tüm bu nedenlerle, yeme ile ilgili endişeleri oluşan yaşlı bireyde, disfajinin önemli bir katkıda bulunup bulunmadığını araştırmak veya diğer faktörlerin baskın olup olmadığını ayırt etmek önemlidir (28-30).

Disfaji Yönetiminde Son Gelişmeler

Disfajinin olduğu durumda, dil ve konuşma patoloğu ile birlikte dikkatli bir öykü, muayene ve yutmanın potansiyel olarak araçsal değerlendirmesinin bir kombinasyonu ile spesifik yutma bozuklukları taraması yapılması tavsiye edilmektedir (19). Son yıllarda, disfaji taraması için birey tarafından kendi kendine uygulanan bir anket olan 10-Madde Yeme Değerlendirme Aracı (EAT-10) yaygın olarak kullanılmaktadır. 10 maddeden oluşan ankette her madde 0'dan 4'e ("sorun yok"dan "ağır sorun"a) kadar ifadeler içeren 5 puanlık bir skalaya sahiptir. 3 puanın üzerinde olan bireylerde disfajiden şüphelenilmekte ve bir uzmana sevk edilmesi önerilmektedir (31).

Kranial sinir fonksiyonu incelenmesi ve hastanın sıvı/katı bir bolus yutmasının izlenmesi tanılamaya yardımcı olabilir. Orofaringeal disfajiden şüphelenilen durumlarda, sorunu lokalize edebilmek için konuşma patoloğu tarafından video floroskopik

yutma çalışmasının yapılması önerilmektedir (32, 33).

Özofagustan bolus geçişini değerlendirebilen yüksek çözünürlüklü empedans manometrisi ve özofagus lümeninin üç boyutlu görüntüsü hakkında bilgi sağlayan fonksiyonel luminal görüntüleme probu panometrisi de disfaji tanılmasında kullanılan son gelişmeler arasında sayılmaktadır (33-35).

AĞIZ BAKIMI

Disfaji ile ilişkili sağlık sorunları yaşla birlikte artmaktadır. Çiğneme ve yutma bozuklukları genellikle bir inmeden sonra gelişmektedir. İki taraflı veya tek taraflı gelişebilen inmeler beyin sapında veya diğer beyin bölgelerinde oluşan bir rahatsızlıktan kaynaklanmaktadır (21, 36). Yaşlı erişkinlerde presbifaji, deliryum, demans, bir ilacın yan etkisi veya hastaneye yatış gibi stres etkenleri de disfajiye yol açabilir (23, 24, 37). Disfaji yaşayan yaşlı hastaların diğer ciddi hastalıklar için daha yüksek risk altında oldukları belirlenmiştir. Örneğin, inme nedeniyle disfaji yaşayan hastalarda pnömoniye yakalanma ve yetersiz beslenme riski artmaktadır (21, 38). Ek olarak disfaji bireylerin hastanede kalış süresinin daha uzun olması ile de bağlantılıdır (17). Disfajisi olan hastalar sıklıkla, sosyal ve psikolojik iyilik hallerinin bozulmuş olmasından kaynaklı yaşam kalitesinde azalma yaşarlar (39). Ayrıca, disfaji ve ileri yaş malnütrisyon için önemli risk faktörleridir (40). Hastalar ve bakıcıları, tüple beslenmeye ihtiyaç duyan hastaların ağız bakım ihtiyaçlarını ve ağız sağlığını göz ardı edebilmektedirler (41). Disfaji nedeniyle beslenme amaçlı kalıcı nazogastrik tüpleri olan hastalar sıklıkla tükürük salgısında azalma, ağız kuruluğu ve diş çürükleri gibi ağız sağlığı ile ilgili sorunlar yaşamaktadırlar (42). Yapılan çalışmalar, diş çürüklerinin neden olduğu ağız içi rahatsızlıklarda tedavinin reddedilmesinin, ağrı ve ağız kokusunda artış, çiğneme performansında azalma ve temizlik hissinde azalma nedeniyle ağız sağlığı ile ilgili yaşam

kalitesinin azalmasına neden olabileceğini göstermiştir (43, 44).

Kaliteli bir ağız bakımının gıda alımını da kolaylaştırdığı bilinmektedir (10, 45-47). Örneğin, ağız bakımı, ağız kuruluğunu giderebilir ve tükürük salgısını arttırarak iştahı artırabilir (48). Ayrıca ağız boşluğunun mekanik stimülasyonu gıda alımı ve yutma fonksiyonunun geri kazanılması üzerinde dolaylı bir eğitim etkisine sahip olabilmektedir. Bunlara ek olarak, ağız bakımının yutma, gıda alımı ve malnütrisyonun önlenmesi üzerinde de önemli etkisi olabilmektedir (49). Literatüre göre, ağız sağlığı programları uzun süreli bakım gerektiren psikiyatrik bozukluğu olan hastalar (50, 51), kanser ve kronik hastalıkları olanlar (52, 53), aspirasyon pnömonisine duyarlı olanlar (54, 55) gibi hassas gruplara uygulanmaktadır (56). Ayrıca düzenli ağız bakımının yapılması, ağız kokusunun azaltmakta, ağız konforunu ve yemek yeme isteğini arttırmakta, nazogastrik tüplerin çıkarılmasına katkıda bulunabilmekte ve böylece beslenmenin iyileşmesine katkıda bulunmaktadır. Tayvan' da yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, felç geçiren disfajili hastalarda yutma tedavisinden önce sağlanan ağız bakımının, ağız sağlığını koruduğu ve gıdaların ağızdan alımının sürdürülmesine yardımcı olduğu belirlenmiştir (57).

Dünya yaşlı nüfusunda öngörülen büyüme göz önüne alındığında, yutma güçlüğü çekmesi muhtemel olan yaşlı bireylerin sayısının önemli ölçüde artacağı açıktır (58). Disfajinin yaşlı erişkinlerde daha yaygın görüldüğü ve bu durumun birçok olumsuz sonucunun olduğu göz önüne alındığında, disfaji artık hastanın bağımsızlığını ve yaşam kalitesini etkileyen bir geriatrik sendrom olarak kabul edilmektedir (20, 59). Presbifajiyi klinik değerlendirme ve müdahale gerektiren endişeleri yansıtan değişikliklerden ayırt etmek için, sağlıklı erişkinlerde yaşam bir fonksiyonu olarak beklenen değişiklik türlerini betimlemek önemli hale gelmektedir (58).

Temiz ve sağlıklı bir ağıza sahip olmak, sıvı-besin alımını kolaylaştırır, iletişim kurmaya ve yaşam kalitesinde artışa yardımcı olur ve iyi olma hissine katkıda bulunur. Ağız bakımı çok özel teknik bir uygulama gerektirmeyen, bireysel olarak yapılabilen bir bakımdır. Ancak hastane ortamlarında genellikle hastanın kendisi tarafından yapılamadığı için bakım personeli tarafından ağız bakımının verilmesi gerekmektedir. Ağız hijyeninin sağlanması, bireylerin sağlık konforlarını ve sağlık düzeylerini olumlu etkilemektedir. Ağız sağlığı sorunları açısından risk altında olduğu bilinen bazı özel hasta grupları vardır. Bu spesifik hasta grupları kanser hastaları, palyatif hastalar, entübe hastalar ve yaşlılardır. Kanıtlar ağız bakımı açısından risk altında olduğu bilinen yaşlı insanlardan oluşan alt gruplar olduğunu göstermektedir. Yaşlanma süreçlerine bağlı olarak yaşlıların yumuşak dokularında kayıplar olabilmektedir, bu durum diş kökünün açıkta kalmasına ve dişlerin daha kırılabilir hale gelmesine sebep olmaktadır. Yaşlılarda kötü ağız bakımının yaygın yan etkileri arasında; ağrı, yutma güçlüğü, yetersiz besin alımı, enfeksiyon, sistemik enfeksiyon ve iletişim bozukluğu yer almaktadır (36).

Yutma zorluğunun çeşitli nedenleri olması sebebiyle literatürde disfajili bireyler için uygulanabilecek standart ağız hijyen prosedürü yoktur. Bireye özel ağız bakım önerileri ile gereksinime göre uyarlanabilecek yöntemler kullanılmaktadır. Diş yüzey alanında biriken gıda artıkları ve plakları mekanik yöntemlerle uzaklaştırmak ve çürümeyi engelleyici faktörleri artırmak amacıyla bakım planlanmaktadır. Disfajili bireylerde küçük başlı yumuşak kıldan oluşmuş fırçalar kullanılarak yavaş hareketlerle dişlerin tüm yüzeyleri günde iki defa, dil ise gün içerisinde bir defa temizlenmelidir. Dişler arası gibi plak ve yiyecek birikiminin olduğu bölgelerin temizliği için interdental fırçalar veya diş ipi kullanılmalıdır (60).

SONUÇ

Ağız sağlığının korunması ve sürdürülmesinin yanı sıra sağlıklı dişlere sahip olmak için ağız bakımının yapılması gerekmektedir. Düzenli olarak yapılan ağız bakımı sağlıklı çiğneme ve yutma fonksiyonunun sürdürülmesine yardımcı olmaktadır. Yaşlı bireylerde ağız sağlığına dikkat edilmesi yutma bozukluğu olan hastalarda diş sağlığının korunmasına ve çiğnemeyi geliştirmeye yardımcı olmaktadır. Ayrıca yaşlılarda ağız sağlığının korunması ve sürdürülmesi oral enfeksiyonların önlenmesine ve aspirasyonla ilgili enfeksiyonların da kontrol altına alınmasına yardımcı olmaktadır.

Çıkar Çatışması ve Fonlama

Yazı için finansal destek alınmamıştır.

Yazar çıkar çatışması olmadığını belirtir.

KAYNAKLAR

1. Jacobsen FF. Active ageing. *Int Pract Dev J*. 2017; 7 Suppl: 1–13.
2. Robbins J, Hamilton JW, Lof GL, et al. Oropharyngeal swallowing in normal adults of different ages. *Gastroenterology*. 1992 Sep; 103(3):823-9.
3. Rofes L, Arreola V, Romea M, et al. Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. *Neurogastroenterol Motil*. 2010; 22: 851–e230.
4. Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013; 381: 752–762.
5. Minakuchi S, Tsuga K, Ikebe K, et al. Oral hypofunction in the older population: Position paper of the Japanese Society of Gerodontology in 2016. *Gerodontology*. 2018; 35: 317–324.
6. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, et al. Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations. *Clin Interv. Aging*. 2012;7:287–298.
7. Madhavan A, LaGorio LA, Crary MA, et al. Prevalence of and Risk Factors for Dysphagia in the Community Dwelling Elderly: A Systematic Review. *J. Nutr. Health Aging*. 2016;20:806–815.
8. Eslick GD, Talley NJ. Dysphagia: Epidemiology, risk factors and impact on quality of life—A population-based study. *Aliment. Pharmacol. Ther*. 2008;27:971–979.
9. Maeda K., Akagi J. Decreased tongue pressure is associated with sarcopenia and sarcopenic dysphagia in the elderly. *Dysphagia*. 2015;30:80–87.
10. Ohara Y, Yoshida N, Kono Y, et al. Effectiveness of an oral health educational program on community-dwelling older people with xerostomia. *Geriatr. Gerontol. Int*. 2015;15:481–489.

- 26
- Jean A. Brain stem control of swallowing: Neuronal network and cellular mechanisms. *Physiol. Rev.* 2001;81:929–969.
 - Peyron MA, Woda A, Bourdiol P, et al. Age-related changes in mastication. *J. Oral Rehabil.* 2017;44:299–312.
 - Kugimiya Y., Watanabe Y., Igarashi K., et al. Factors associated with masticatory performance in community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *J. Am. Dent. Assoc.* 2020;151:118–126.
 - Maruyama M, Morita K, Kimura H, et al. Association between masticatory ability and oral functions. *J. Clin. Exp. Dent.* 2020;2:e1011–e1014.
 - Sasegbon A, Hamdy S. The anatomy and physiology of normal and abnormal swallowing in oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol. Motil.* 2017;29(11):10.1111/nmo.13100.
 - Clavé P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2015;12(5):259–270.
 - Patel DA, Krishnaswami S, Steger E, et al. Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. *Dis Esophagus.* 2018;31(1):1–7.
 - Thiyagalingam S, Kulinski AE, Thorsteinsdottir B, et al. Dysphagia in Older Adults. *Mayo Clinic proceedings.* 2021; 96(2), 488–497.
 - Christmas C, Rogus-Pulia N. Swallowing Disorders in the Older Population. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2019; 67(12), 2643–2649.
 - Bajjens LW, Clavé P, Cras P, al. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging.* 2016;11:1403–28.
 - Martino R, Foley N, Bhogal S, et al. Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke.* 2005;36:2756–2763.
 - Rofes L, Arreola V, Almirall J, et al. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterol Res Pract.* 2011; 2011:818979.
 - McCoy YM, Desai RV. Presbyphagia versus dysphagia: identifyng age-related changes in swallow function. *Perspective ASHA Spec Interest Groups.* 2018;3(15):15–21.
 - Barrera MA, O'Connor Wells B. Presbyphagia versus dysphagia: normal versus abnormal swallowing symptoms in older adults with parkinson disease and multiple sclerosis. *Top Geriatr Rehabil.* 2019;35(3):217–233.
 - Buehring B, Hind J, Fidler E, et al. Tongue strength is associated with jumping mechanography performance and handgrip strength but not with classic functional tests in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2013. March;61(3):418–22.
 - Molfenter SM, Lenell C, Lazarus CL. Volumetric Changes to the Pharynx in Healthy Aging: Consequence for Pharyngeal Swallow Mechanics and Function. *Dysphagia.* 2019. 02;34(1):129–37.
 - Groher ME, Crary MA. *Dysphagia in Adults. Dysphagia: Ed.: Wurm-Cutter, E. Clinical Management in Adults and Children, Third Edition, Printed in The United States of America, Mosby Elsevier, 2010,43.*
 - Sakai K, Nakayama E, Tohara H, et al. Relationship between tongue strength, lip strength, and nutrition-related sarcopenia in older rehabilitation inpatients: a cross-sectional study. *Clin Interv Aging.* 2017;12:1207–14.
 - Morita K, Tsuka H, Kato K, et al. Factors related to masticatory performance in healthy elderly individuals. *J Prosthodont Res.* 2018. October;62(4):432–5.
 - Affoo RH, Foley N, Garrick R, et al. Meta-Analysis of Salivary Flow Rates in Young and Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015. October;63(10):2142–51.
 - Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2008 Dec; 117(12):919–24.
 - Rommel N, Hamdy S. Oropharyngeal dysphagia: manifestations and diagnosis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016 Jan; 13(1):49–59.
 - Triggs, J., & Pandolfino, J. (2019). Recent advances in dysphagia management. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-1527.
 - Omari TI, Dejaeger E, Van Beckevoort D, Goeleven A, De Cock P, Hoffman I, Smet MH, Davidson GP, Tack J, Rommel N. A novel method for the nonradiological assessment of ineffective swallowing. *Am J Gastroenterol.* 2011 Oct; 106(10):1796–802.
 - Carlson DA. Functional lumen imaging probe: The FLIP side of esophageal disease. *Curr Opin Gastroenterol.* 2016 Jul; 32(4):310–8.)
 - Hu H.H. Taiwan Guidelines for the Management of Stroke. Page:8–40. <http://www.stroke.org.tw/GoWeb2/include/pdf/08%20>. Erişim tarihi: 26 Aralık 2021
 - Humbert IA, Robbins J. Dysphagia in the elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2008;19(4):853–866.18
 - Tagliaferri S, Lauretani F, Pelá G, et al. The risk of dysphagia is associated with malnutrition and poor functional outcomes in a large population of outpatient older individuals. *Clin Nutr.* 2019;38(6):2684–2689.
 - Namasivayam-MacDonald AM, Shune SE. The burden of dysphagia on family caregiver of the elderly: a systematic review. *Geriatrics.* 2018;3(2):30.
 - Lieber AC, Hong E, Putrino D. Nutrition, energy expenditure, dysphagia, and self-fficacy in stroke rehabilitation: A review of the literature. *Brain Sci.* 2018;8:218.
 - Salamone K, Yacoub E, Mahoney AM, et al. Oral care of hospitalised older patients in the acute medical setting. *Nurs. Res. Pract.* 2013;2013:827670.
 - Dodds M, Roland S, Edgar M, et al. Saliva A review of its role in maintaining oral health and preventing dental disease. *BDJ Team.* 2015;2:15123.
 - Severo Alves L, Dam-Teixeira N, Susin C, et al. Association among quality of life, dental caries treatment and intraoral distribution in 12-year-old South Brazilian schoolchildren. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2013;41:22–29.
 - Abanto J, Paiva SM, Sheiham A, et al. Changes in preschool children’s OHRQoL after treatment of dental caries: Responsiveness of the B-ECOHIS. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2016;26:259–265.
 - Samnieng P, Ueno M, Shinada K, et al. Association of hyposalivation with oral function, nutrition and oral health in community-dwelling elderly Thai. *Community Dent. Health.* 2012;29:117–123.
 - Lam OL, McMillan AS, Samaranyake LP, et al. Randomized clinical trial of oral health promotion interventions among patients following stroke. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2013;94:435–443.
 - Chipps E, Gatens C, Genter L, et al. Pilot study of an oral care protocol on poststroke survivors. *Rehabil. Nurs.* 2014;39:294–304.
 - Toniolo L, Cancellara P, Maccatrozzo L, et al. Masticatory myosin unveiled: First determination of contractile

- parameters of muscle fibers from carnivore jaw muscles. *Am. J. Physiol. Cell Physiol.* 2008;295:1535–1542.
49. Sumi Y. The significance of oral care in dysphagia patients. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi.* 2013;50:465–468.
50. Liu CL, Lin FY, Hwu YJ. The effectiveness of a complex care program on oral hygiene in a population of chronic psychiatric patients. *J. Nurs. Healthc. Res.* 2014;10:286–294.
51. Kuo YW, Yen M, Fetzer S, et al. Effect of family caregiver oral care training on stroke survivor oral and respiratory health in Taiwan: A randomised controlled trial. *Community Dent. Health.* 2015;32:137–142.
52. Makino T, Yamasaki M, Fujii N, et al. Perioperative oral management for esophageal cancer patients. *Kyobu Geka Jpn. J. Thorac. Surg.* 2016;69:35–39.
53. Barbe AG, Bock N, Derman SH, et al. Self-assessment of oral health, dental health care and oral health-related quality of life among Parkinson's disease patients. *Gerodontology.* 2017;34:135–143.
54. Seedat J., Penn C. Implementing oral care to reduce aspiration pneumonia amongst patients with dysphagia in a South African setting. *S. Afr. J. Commun. Disord.* 2016;63:1–11.
55. Sorensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, et al. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. *J. Neurosci. Nurs.* 2013;45:139–146.
56. Huang WY. Drug induced oral reactions in elderly individuals of long-term care facility. *J. Long-Term Care.* 2015;19:1–12.
57. Chen, HJ, Chen JL, Chen CY, et al. Effect of an Oral Health Programme on Oral Health, Oral Intake, and Nutrition in Patients with Stroke and Dysphagia in Taiwan: A Randomised Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health.* 2019; 16(12), 2228.
58. McCullough GH, Rosenbek JC, Wertz RT, et al. Defining swallowing function by age: Promises and pitfalls of pigeonholing. *Top Geriatr Rehabil.* 2007; 4: 290–307.
59. Akhtar S. Diseases of aging. In: Hines RL, Marschall KE, eds. *Stoelting's Anesthesia and Co-Existing Disease.* 7th ed. Elsevier; 2017:327-343.
60. Lim M. Basic oral care for patients with dysphagia - A Special Needs Dentistry perspective. 2018; 20 (3): 142-149

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.