

Derleme

## GERİATRİST GÖZÜYLE İTERDİSİPLİNER EKİP

### Interdisciplinary Team from the point of Geriatrician's View

Mehmet Emin KUYUMCU\*  
Yusuf YEŞİL\*\*  
Mustafa CANKURTARAN\*\*\*

\* Dr., Hacettepe Üniversitesi  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı  
Geriatric Ünitesi

\*\* Dr., Hacettepe Üniversitesi  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı  
Geriatric Ünitesi

\*\*\* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı  
Geriatric Ünitesi

#### ÖZET

*İnterdisipliner ekip çalışmasının yaşlı hastaların değerlendirilmesinde, hastaların ve aile bireylerinin hastalığa ve tedaviye uyumunun sağlanmasında artan önemli bir rolü vardır. İnterdisipliner geriatric ekibi klinisyen, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, beslenme uzmanı, fizyoterapist ve psikoloğtan oluşur. Kapsamlı geriatric değerlendirme ve ekip çalışması ile hastaların mortalite ve morbiditeleri azalmaktadır.*

**Anahtar Sözcükler:** Geriatric, interdisipliner ekip

#### ABSTRACT

*The interdisciplinary team approach plays an increasingly important role in the management and care of elderly patients, providing support to patients and families and helping them adapt to illness and treatment plans. The interdisciplinary team of geriatrics consists physician, nurse, social worker, nutritionist, physical therapist and psychologist. Patients' mortality and morbidity reduce with comprehensive geriatric assessment and team approach.*

**Key Words:** Geriatric, interdisciplinary team

#### GİRİŞ

Nüfusun yaşlanmasıyla yaşlılıkta sık görülen hastalıklarla karşılaşılması da artmaktadır. Yaşlanmayla insan vücudunda çeşitli fizyolojik değişikliklerin ortaya çıkması, ilaçların metabolizması, etki ve yan etkilerinin değişkenlik göstermesi, hastalıkların ortaya çıkış şekli ve seyrinin farklı olması gibi nedenlerden dolayı yaşlıların sorunlarının tek merkezde yeterli zaman ayrılarak çözülmesi ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu da geriatric kavramını ve ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Geriatric, 65 yaş ve üstünün sağlık sorunları, hastalıkları, sosyal hayatları, fonksiyonel yaşamları, yaşam kaliteleri, duyu durumu, bilişsel sorunları, koruyucu hekimlik uygulamaları ve toplum yaşlanması ile ilgilenen bilim dalıdır. Gerontoloji ise biyolojik, fizyolojik ve zihinsel yaşlanmayla ortaya çıkan değişimleri incelerken, bu değişimlerin yarattığı ekonomik, psikolojik, toplumsal ve sosyal sorunları da dikkate alır.

## Türkiye’de Yaşlanma

İnsanlar artık daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta ve sonuçta yaşlı nüfus sayısı ve oranı gün geçtikçe artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), geriatrik yaş grubunu 65 yaş ve üzeri olarak tanımlanmıştır. Ülkemizde 2000 yılında yapılan nüfus sayımında 65 yaş ve üzeri nüfus tüm nüfusun %5.7’si iken 2007’de bu oran %7.1, 2009’da %6.9 ve son olarak Türkiye İstatistik Kurumunun Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) 2010 verilerine göre bu oran %7.2’dir (5.327.736 kişi). Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan verilere göre yaşlı nüfusun 2015 yılında 8.4 milyon, 2025 yılında ise 12 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfusun artmasının yanı sıra doğuştan itibaren beklenen yaşam süresi de artmaktadır. Türkiye’de 2009 yılı itibarıyla doğuştan itibaren beklenen yaşam süresi 73.4 yıl olup bu değer erkekler için 71.5 ve kadınlar için 76.1’dir (Türkiye İstatistik Kurumu Web Sayfası, 2005). Nüfus oranlarının dışında İngiltere’de hastane hizmetlerinin ve acil hastane yatışlarının %36’sını ve sağlık harcamalarının %50’lere yaklaşan kısmını 65 yaş üstü hastalar kullanmaktadır (British Geriatrics Society Web Sayfası, 1989).

## Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme ve İnterdisipliner Ekip Kavramı

Yaşlı hastanın çok yönlü değerlendirilebilmesi için yaşlıyı etkileyen fiziksel, psikososyal ve çevresel faktörlerin yanında hastanın işlevselliği ve medikal değerlendirme birlikte yapılmalıdır, ki buna kapsamlı geriatrik değerlendirme denilmektedir (Stuck ve Diğ., 1993). Kapsamlı geriatrik değerlendirme; gizli kalabilecek hastalıkları ortaya

çıkarmayı, kesin tanıya yardımcı olmayı, sağlığı korumak ve yeniden kazandırmak için uygun bakımı planlayıp uygulamayı, gerektiğinde en uygun çevresel ve sosyal destek için danışmanlık vermeyi, sonuçları öngörerek hastalığın ilerleyişini izlemeyi ve yaşlı bireyin fonksiyonel düzeyini korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan multidisipliner bir değerlendirmedir. Kapsamlı geriatrik değerlendirmenin etkili uygulanabilmesinde interdisipliner ekip ön plandadır. İnterdisipliner ekip; geriatrist-klinisyen, geriatri hemşiresi, geriatrik sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, iş ve uğraşı terapisti, fizyoterapistten oluşan çekirdek kadrodan oluşmakla birlikte bu ekibe gerektiğinde diğer uzmanlık dallarında üye alınabilmektedir (Landefeld ve Diğ., 1995). Kapsamlı geriatrik değerlendirme sayesinde, hastane yatışlarında azalma, mortalitede azalma, enstrumantal günlük yaşam aktivitelerinde (IADL) bağımlı olmada azalma, fonksiyonel bozulma ve kazalarda azalma, hayat kalitesinde düzelme, hastane ve hasta bakımevlerine müracaatta azalma medikal bakım masraflarında azalma, yaşam süresinin uzama olduğu tespit edilmiştir (Stuck ve Diğ., 1993; Stuck ve Diğ., 1995; Fried ve Diğ., 2001).

Yaşlılık bir hastalık değildir. Organ sistemlerinde meydana gelen fizyolojik değişiklikler sonucu oluşan yaşlanma ile hastalıklara bağlı bulgular ayırt edilmelidir. Sıklıkla yaşlıların hastalık ve şikayetleri önemsenmez, yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak düşünülür ve semptomlar göz ardı edilir. Bu nedenle semptomların doktora bildirilme oranı düşüktür. Tüm bunlar geç tanı ve tedaviye neden olur. Kapsamlı geriatrik değerlendirme ve ekip

çalışması sayesinde bu en aza indirilmiş olur (Stuck ve Diğ., 1993). İnterdisipliner ekip üyeleri hastayı birlikte değerlendirir, hastanın tedavi planı ekip üyelerinin ortak görüşüyle belirlenir. Yaşlının sağlığının fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak üç kısımda belirlendiği düşünülürse ekip üyelerinin rolü, fonksiyonları ve takım ruhu gibi kavramların yaşlı değerlendirmesinde ve yaşlı sağlığının korunmasında ve hastalıklarının tedavisinde ne kadar önemli olduğu anlaşılacaktır. Ekip temel olarak geriatrist ve geriatri hemşiresi tarafından yönlendirilmekle birlikte ekipte her üyenin yeri, rolü ve misyonu farklı ve birbirini tamamlayıcıdır. Yaşlının tüm sağlık sorunları, sosyal problemleri, duygusal problemleri ile bu ekip ilgilenmelidir. Yaşlı değerlendirilmesinde tek bir kişi yerine yaşlı sağlığının farklı yönlerinde uzmanlaşmış interdisipliner geriatri ekibi değerlendirmesi ve takibi modern bir düşüncedir ve dünyada uygulanmaktadır (Stuck ve Diğ., 1995).

Ekip çalışmasının önemini vurgulamak amacıyla Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesince, 06.04.2004-01.06.2004 tarihleri arasında dahiliye servislerinde yatmakta olan 65 yaş ve üzeri 59 (26'sı erkek, 33'ü kadın, yaş ortalamaları 72.5 ±5.1) hasta medikal durum, sosyal hizmet, fizik tedavi-rehabilitasyon ve beslenme yönlerinden interdisipliner bir yaklaşımla değerlendirilmiştir (Yavuz ve Diğ., 2004). Medikal değerlendirmede unutkanlık, depresyon, uyku problemi, bası yaraları, üriner inkontinans, düşme, konstipasyon sorgulanmıştır. Demans taraması için Mini-mental Test (MMSE), saat çizme testi, 3 kelime testi ve DSM-IV tanı kriterleri; depresyon taraması için Geriatrik Depresyon

Skalası (GDS); günlük aktivitelerini değerlendirmek için Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) skalaları uygulanmıştır. Sosyal hizmet değerlendirmesinde hastaların cinsiyeti, medeni durumu, kiminle yaşadığı, öğrenim durumu, sosyal güvence durumu, nerede yaşadığı, günlük yaşam aktivitelerini nasıl yerine getirdiği, diş protezi, gözlük, tekerlekli sandalye, koltuk değneği, işitme cihazı vb. yardımcı bir araç kullanıp kullanmadığına dair bilgileri alınıp yaşlıya sosyal hizmet bölümüne; psikolojik destekleme, aile görüşmesi, bakıcı ihtiyacının karşılanması, bakımevi ve huzurevi gibi kalacak yer ihtiyacının sağlanması konusunda verilen hizmetler kaydedilmiştir. Ayrıca ulaşılan her yaşlıya hastane ve işleyişi ile ilgili gerekli bilgilendirme yapılmıştır (Çevik ve Diğ., 2004). Fizik tedavi-rehabilitasyon değerlendirmesinde; hastada mevcut el ve ayak deformiteleri ile herhangi bir ağrı hikayesi alınmış, üst ve alt ekstremitelerde gros kas testine kalça fleksörleri-abduktörleri, lumbal ekstansörler, hamstringler, gastrokinemius, quadriceps femoris ve pektoral kasların kısıklıklarına bakılmıştır. Solunum tipi, frekansı ve derinliği ve olguların kol salınımı ve destek yüzeyleri ele alınarak yürüyüşleri gözlemlenerek değerlendirilmiştir. Olguların bağımsızlık yetenekleri fiziksel performans testi ile maksimum 24 puan üzerinden ve denge durumları Tinetti testi ile maksimum 14 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Koordinasyonu değerlendirmek için parmak-burun, diz-topuk ve proksimal stabilizasyon testleri yapılmıştır (Yücel ve Diğ., 2004). Hastaların beslenme durumu Mini-Nutrisyonel Değerlendirme testi (MNA) ile değerlendirilmiştir (Bulut ve Diğ., 2004). Bu

çalışma; geriatrik hastaların değerlendirilmesinde tek yönlü olan ve sadece klinisyen bakış açısı yerine ekip anlayışı içinde kapsamlı bir değerlendirme yapmanın önemini vurguladığı için önemlidir. ABD'de 543 hastanın alındığı bir çalışmada hastaların bir kısmı sadece klinisyen ile diğer kısmı ise klinisyen yanında hemşire ve sosyal hizmet uzmanı ile görüşmüştür. Çalışma sonucunda ekip olarak değerlendirilen hastaların hastaneye yatışlarının, polikliniğe tekrar başvurularının daha az olduğu emosyonel ve fonksiyonel kapasitelerinin daha iyi olduğu görülmüştür (Sommers ve Diğ., 2000). Yaşlıların medikal durumu kadar sosyal durumu, beslenmesi ve rehabilitasyonu da geriatrik değerlendirmenin vazgeçilmez bir parçası olmalıdır. Klinisyen medikal durum üzerine yoğunlaşırken diğer faktörler ihmal edilebilir. Bu yüzden özellikle geriatrik hastalarda ekip yaklaşımı tahmin edilenden daha fazla yararlı olmaktadır.

Geriatrik felsefenin temelinde de yaşlıyı yormadan bazal bir sağlık hizmetinin yaşlılık üzerine uzmanlaşmış ve tecrübesi olan geriatristin yönlendirdiği bir interdisipliner ekip tarafından değerlendirilmesi yeterlidir. Ekip üyelerinin her birinin önemli görevleri vardır. Bu sayede hasta ile ilgili hiçbir problem atlanmamış olur.

### **Geriatri Ekip Üyelerinin Amaçları**

Geriatri hemşiresinin doğrudan bakım uygulamak, ekip içi, ekip üyeleri ile yaşlı birey ve ailesi arasında iletişimi sağlamak, hizmette süreklilik ve kalitenin sağlanması, sunulan hizmetin yönetimi ve değerlendirilmesi, yaşlı bireyin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi ve gereksinimlerinin saptanması, yaşlı

bireye ve ailesine yönelik sağlık eğitimi verilmesi, bakım verenin desteklenmesi gibi çok önemli görevleri mevcuttur (Armstrong J ve Mitchell E, 2008). Hemşire, geriatrik değerlendirme kapsamında sistemlere ilişkin fizik muayene yapmalı ve anamnez olarak yaşlı bireyde bulunan sağlık sorunlarını kendi açısından değerlendirmelidir. Ayrıca bireyin fonksiyonel kapasitesini, beslenme ve eliminasyonunu, uyku ve dinlenme durumunu, hijyenik durumunu, düşme riskini, ağrıyı, ilaç kullanımını değerlendirmeli ve mevcut sorunların çözümünde diğer ekip elemanlarıyla koordineli çalışmalıdır (Carryer J ve Diğ., 2010). Hekim gözüyle değerlendirildiğinde geriatri hemşiresi ekip içerisinde vazgeçilmez bir görev arkadaşısıdır. Geriatri uzmanının planladığı tedavinin düzenli uygulanmasında, tedavinin yararının artırılmasında ve mevcut hastalık ve geriatrik sendromlar hakkında hastayı bilgilendirmede ve hastayı takipte geriatri hemşiresine büyük görevler düşmektedir.

Yaşlılarda beslenme ve beslenme problemleri özellikle üzerinde durulması gereken bir klinik durumdur. Yaşlı bireylerde beslenme durumunu olumsuz etkileyen faktörler arasında yaşlanmayla birlikte olan fizyolojik değişiklikler, akut ve kronik hastalıklar, diş ve ağız sağlığı problemleri, polifarmasi, ekonomik sorunlar, tek başına alışveriş yapamama, yemek hazırlayamama ve yiyememe gibi çevresel etkenler önemli yer tutar.

Yetersiz ve dengesiz beslenmenin; şişmanlık, kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet, osteoporoz gibi yaşlılar için yüksek morbidite ve mortaliteye sahip hastalıkların oluşumunda ve seyirinde önemli bir rolü vardır. Yaşlıda özellikle

yetersiz beslenme önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (Dorner B ve Diğ., 2010). Bu yüzden 65 yaş üzerindeki tüm bireylerin ESPEN (European Society of Clinical Nutrition and Metabolism) önerileri ışığında nütisyonel açıdan rutin olarak MNA ile taranması önerilmektedir (Kondrup ve Diğ., 2003).

Yaşlı hasta klinisyen ve diyetisyen tarafından değerlendirildikten sonra hastanın mevcut durumuna göre beslenmesinin düzenlenmesi çok önemlidir. Hastaya mevcut diyabet, hipertansiyon, böbrek hastalığı gibi kronik hastalıklar için uygun diyetler önerirken; hastanın az kalori alıp kilo kaybı ve sarkopeniye yatkın hale getirilmemesi için diyet düzenlenmesinin profesyonel olarak yapılmasında diyetisyenin rolü çok önemlidir. Yaşlı hastalar biz klinisyenler tarafında hayatlarına küçük müdahaleler sonrası bile büyük problemlerle karşı karşıya kalabilmektedir. Örneğin; yaşlı hastaya detaylı bahsedilmeden verilen bir diyet sonrası hasta hızlı kilo vermekte ve daha önce yaptığı günlük işlerini bile yapamaz hale gelmektedir. Bu yüzden diyetisyen geriatri ekibinin mutlak olması gereken, üzerine büyük görevlerin düştüğü bir üyesidir.

Yaşlıların karşılaştıkları sağlık sorunları arasında nöropsikiyatrik hastalıklar da önemli bir yer tutmaktadır. Yaşlılıkta depresyon dünyada ve ülkemizde benzer sıklıkta ve %16-18 oranında görülmektedir. Bu sıklık hastanede, bakımevinde veya huzurevinde kalan yaşlılarda daha da artmakta %21-25'lere ulaşmaktadır. 1991-2005 yıllarında sağlık kuruluşlarının ABD'de erişkin hastalara reçete edilen antidepresan ilaçlara ödediği miktar % 380 artmıştır. (Akincigil ve Diğ., 2011). Yaşlılık psikozları, duygudurum bozuklukları,

somatizasyon, anksiyete bozuklukları da eklendiğinde psikiyatrik hastalıkların sıklığı göz ardı edilemeyecek boyuttadır. Özellikle depresyon WHO tarafından en fazla yeti yitimi yapan hastalıklar arasında ilk üçtedir. Yaşlılıkta sık görülen psikiyatrik hastalıkların başında gelen depresyon, yaşam kalitesini azaltmakta, sağlık harcamalarını arttırmakta, kronik dahili hastalıkların özellikle de kardiyovasküler hastalıkların prognozunu kötüleşmesine neden olmakta ve artmış intihar riskiyle birlikte olması nedeniyle yaşlılıkta önemli sağlık sorunlarından birisidir (Trollor JN ve Diğ., 2011). Tüm bu psikiyatrik problemler düşünüldüğünde psikolog ve bir çok zaman yardımlarını aldığımız psikiyatristler bu ekibin vazgeçilmez üyelerindedir.

Geriatric ve gerontoloji'nin gelişimi paralelinde 1954 yılında Clark Tibbitts'in "yaşlıların toplumsal ve kültürel çevreden soyutlanmadan incelenmesine" ilişkin görüşü ile sosyal-gerontoloji kavramını ortaya çıkarmıştır. Sosyal gerontoloji, yaşlıların ve yaşlanmanın toplumsal yapıyı nasıl etkilediği ve bu etki-den nasıl etkilendiğini inceleyerek kuramsal bir çerçeve oluşturmayı amaçlayan bir disiplindir (Yahyağil, 2001). Gerontolojik sosyal hizmet, toplumu bir bütün olarak ele alır ve sosyal refah programlarının geliştirilmesinde de rol oynar. Çağdaş yaşlı politikası sorunları önlemeyi, hizmetler ile var olan sistemi her an hazır tutmayı ve yaşlıların sağlıklı yaşlanmasına olanak sağlayan ortamları oluşturmayı temel almaktadır. Bu hizmetin verilebilmesinde sosyal hizmet uzmanlarına büyük görevler düşmektedir.

Sosyal hizmet uzmanı yaşlıyı değerlendirirken kişilerin sorun çözme

kapasitelerini geliştirmelerine yardımcı olmayı, yaşlıların toplumda var olan kaynaklara ulaşmalarını sağlamayı, mevcut hizmetleri yaşlıların ihtiyaçlarına cevap verir hale getirmeyi, yaşlı ve çevresi arasındaki etkileşimi kolaylaştırmayı amaçlamaktadır (Michel ve Diğ., 2010). Sosyal hizmet uzmanı, yaşlıyı polikliniğe ilk geldiği andan itibaren değerlendirmeye başlar. Doktor tarafından muayenesi yapılan yaşlı ve yakını ile ilk görüşmeyi yapar. Muayene sonrası doktorun istediği tetkiklerin yapılması ve sonuçlarının doktoruna gösterilmesi konusunda danışmanlık eder. Sonuçlara göre ilaç kullanımı, diyetinin ayarlanması ve diğer ilgili dallara yönlendirilen hastanın bu meslek elemanları ile görüşmesi sağlanır. Ekip elemanlarının koordinasyonunun sosyal hizmet uzmanı tarafından sağlanması, hastanın tekrarlar yaşamasını engellemiş olur. Böylece yaşlının aynı bilgileri tekrarlaması ve bıkkınlık oluşmaması sağlanmış olur. Hastanın yatması gerektiğinde yaşlı ve ailesine yatış işlemleri ve yatış sırasında hastane prosedürü hakkında bilgi verilir. Yaşlı hastanede kaldığı sürece takip edilir. İhtiyacına göre psikolojik destekte bulunulur. Yaşlının kendisine yetmediği durumlarda kendisinin ve yakınlarının isteği doğrultusunda bakıcı temini konusunda yönlendirilir. Yaşlının sürekli kullanması gereken tıbbi malzeme ve cihazların temini konusunda da sosyal hizmet uzmanı yaşlı ve yakınlarına danışmanlık eder. Yaşlının raporlarının hazırlanması için doktorları ile görüşür. Taburculuk sonrası bakım problemi yaşayacağı düşünülen yaşlı ve yakınları, ilgili sosyal hizmet kuruluşları (huzurevi, bakımevi, rehabilitasyon merkezi vs.) hakkında bilgilendirilir. Yaşlının taburculuk sonrası yaşayacağı ortam sosyal

hizmet uzmanı tarafından değerlendirilir (Shaw ve Diğ.,2011). Evin mimari yapısından yaşlının kiminle yaşayacağına kadar her türlü ayrıntı önemlidir. Yaşlının yaşamını sağlıklı ve kaliteli sürdürbilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması sosyal hizmet uzmanınca sağlanır. Yakını olmayan yaşlı hastaların takibi de sosyal hizmet uzmanınca yapılır. Kalacak yeri olmayan yaşlılar için uygun sosyal hizmet kuruluşları ile görüşülür, sosyal inceleme raporu hazırlanır ve yaşlının kuruluşa kabulü için gerekli işlemler başlatılır. Ayrıca yaşlı huzurevi gibi bir sosyal hizmet kuruluşundan geliyorsa kuruluşa irtibat ve koordinasyon sosyal hizmet uzmanınca sağlanır (Arioğul, 2006; 197).

Yaşlılara yönelik verilen hizmetleri genel olarak barınmaya ilişkin hizmetler, gündüz bakımı ve destek hizmetleri, boş zaman değerlendirilmesine yönelik faaliyetler, çalışma yaşamı ve ekonomik sorunlara ilişkin hizmetler olarak 4 başlık altında toplanabilir. Bunun yanı sıra yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerini, eğitim ve çalışma hizmetlerini ayrı bir kategori olarak ele alan yaklaşımlar da vardır (Onat, 2003). Bu başlıkların her birinin altında sosyal hizmet uzmanının görevleri çeşitlenmekte ve önemi artmaktadır. Bu görevleri düşünüldüğünde ve geriatrist gözüyle bakıldığında sosyal hizmet uzmanları özellikle yaşlı hastalar için vazgeçilemez meslek elemanlarıdır. Bu uğraşların yaşlıların hayatlarını nasıl etkilediğini değerlendiren bir çalışmada 166 gönüllü çalışan yaşlı ile çalışmayan 33 yaşlı karşılaştırılmış. Yaşlılara WHO Kaliteli Yaşam Anketi uygulanmış ve gönüllü olan yaşlıların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha iyi skorlar elde ettikleri saptanmıştır (Souza ve Diğ., 2011).

Geriatrist gözüyle değerlendirildiğinde; ülkemizde hala birçok hekim sosyal hizmet uzmanının ne olduğunu bilmemektedir. Bir çok hekim hastayı poliklinik şartlarında değerlendirdiğinde mevcut şikayetlere odaklanmaya çalışmakta, gerekli tetkikleri istemekte ve ona göre tedavi planı oluşturmaktadır. Hastanın şikayetlerine sebep olabilecek çevresel veya ailesel faktörler var mı, hasta verilen tetkikleri yaptrabilecek mi ve verilen tedaviyi uygulayabilecek mi? gibi sorular üzerinde çok durmamaktadır. Fakat bu gibi birçok hekim tarafından önemsenmeyen sorunlar verilen tedavinin başarı oranını da azaltmaktadır. Burada sosyal hizmet uzmanı devreye girmekte ve yukarıda bahsettiğimiz gibi birçok sorun açısından hasta ile ve mutlaka ailesi ile de görüşmektedir. Böylece klinisyenlerin belki yoğunluktan dolayı göz ardı ettiği ve etmek zorunda kaldığı problemler sosyal hizmet uzmanı tarafından çözülmekte ve klinisyenin omuzlarında ki yükü hafifletmektedir. Hastalar geriatrik grup olunca sorunlar ve sosyal hizmet uzmanlarının görevleri daha önemli hala gelmektedir.

Geriatrik rehabilitasyonla yaşlı bireylerin mevcut potansiyeli ve tedavi edilebilirliğinin belirlenmesi, geriatrist ekibinin biraraya gelmesi ve koordineli çalışmalar yapmaları, fiziksel, fonksiyonel ve psikososyal açıdan ayrıntılı değerlendirme yapılması, yeniden elde edilemeyecek fonksiyonları dikkate alarak gerçekçi hedefler belirlenmesi, tedavi yaklaşımlarında fonksiyon ve işe yönelik egzersizler üzerine yoğunlaşma ve basitleştirme programlarının uygulanması, immobilizasyondan kaçınma, değişik fizyolojik reaksiyonların dikkate alınması, ilaçların azaltılması,

hasta için öncelikli hedeflerin ve motivasyon durumunun belirlenmesi, aile bireylerinin rolünün ve psikososyal açıdan beklentilerinin belirlenmesi, yaşlı kişilerle çalışacak personelin eğitilmesi, mental ve fiziksel sağlıkta birbirlerini ne şekilde etkilediklerinin bilinmesi, gelişmelerin küçük adımlarla gerçekleştirilebileceğini anlaşılması amaçlanır (Report of the participants in Malta, 1997).

Geriatrist iş ve uğraşı tedavisinin amaçları ise; özür veya sosyal etki nedeniyle azalmış yetenekleri kazandırmak ve yaşam kalitesini geliştirmek veya devam ettirmek, kişilerin kendi evlerinde mümkün olduğunca uzun kalmalarını sağlamak, hastane/ bakım merkezlerine gidişi geciktirmek, hastaneden daha erken ve güvenli taburculuğu kolaylaştırarak bağımlılığı ve kurum bakımı ihtiyacını azaltmak, toplumda sosyal yaşamlarını devam ettirmelerine yardımcı olmak, günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına olan bağımlılığı azaltarak psikososyal destek sağlamak ve bakım verenlere destek sağlamaktır (Turner ve Diğ., 1996) (Gill ve Diğ., 2004).

Ekip çalışmasında özellikle interdisipliner geriatrist ekip üyeleri arasında uyum, birlikte çalışma tecrübesi, eşit söz hakkı, rahat bir çalışma ortamı, fikirlerin tartışılması ve temel hedefin yaşlı sağlığının korunması ve tedavisi olduğu bir zihniyet olması gereklidir. Ekip üyelerinin hiçbirinin görevi hafife alınmamalı veya göz ardı edilmemelidir. O an karşılaşılan ve medikal problemleri ön planda gelen hastanın değerlendirilmesinde ailesi veya yaşadığı yer ile ilgili bir problem çıkabilir ve bu hastaya yaklaşımı tamamen değiştirebilir.

Yaşlıların toplumda sağlıklı, kaliteli ve mümkün olan en uzun süre başkalarına

bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak sosyal devlet anlayışının bir gereğidir. Günümüzdeki yaşlılık ile ilgili yapılan planlamalar, yaşam kalitesini ve genel sağlık düzeyini yükseltmeye odaklanmaktadır. Yaşlılar için sağlık hizmeti haricinde barınmaya yönelik hizmetler, gündüz bakımı ve destek hizmetleri, boş zamanlarını değerlendirme yönelik hizmetler, çalışma ortamı ve ekonomik sorunlara yönelik hizmetler verilebilmektedir. Ülkemizde artık Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı kurumlarda bu hizmetler kısmen yapılıyor olsa da bunların yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi için zamana ihtiyaç vardır. Yaşlanmanın fiziksel, psikolojik ve sosyal koşullarının incelenmesi ve iyileştirilmesi; yaşlı refahının geliştirilmesine, sürdürülmesine katkıda bulunduğu gibi toplumsal refahın geliştirilmesine de önemli ölçüde yardımcı olmaktadır.

## SONUÇ

Kapsamlı geriatik değerlendirme ve interdisipliner ekip kavramı geriatri bilimi için vazgeçilemez bir kavramdır. Bu yaklaşımla hem hastalar daha kaliteli ve kapsamlı sağlık hizmeti almakta hem de klinisyenin üzerinde taşıdığı sorumluluk paylaşılmaktadır. Günümüz şartlarında birçok klinisyen hastanın sadece kendi branşıyla ilgili medikal durumu ile ilgilenirken diğer faktörler ile çok fazla ilgilenememektedir. Yaşlı hastalar ile ilgilenecek hekimin işinde yeterli eğitimi almış, tecrübe kazanmış olması şarttır. Ülkemiz için değerlendirildiğinde bu işi profesyonel manada en kaliteli yapabilecek hekimlerin iç hastalıkları uzmanlığı üzerine geriatri yan dal uzmanlık eğitimi almış hekimler olduğu bir gerçektir.

Bu kaliteli hizmetin yaygınlaşabilmesi için şu anda sayıları çok az olan geriatri bilim dallarının yaygınlaştırılması gerekmektedir. Üniversitelerimizde iç hastalıkları bünyesinde kurulacak geriatri bilim dalları sayesinde interdisipliner geriatri ekipleri kurulup bahsedilen kaliteli ve kapsamlı sağlık hizmeti verilebilecektir. Burada ekibin diğer üyelerinin yetiştirilebilmesi için hemşirelik, beslenme ve diyetetik, fizyoterapi ve rehabilitasyon, psikoloji ve sosyal hizmet bölümlerine önemli sorumluluk ve görevler düşmektedir.

## KAYNAKLAR

- Akincigil, A., Olfson, M., Walkup, J.T., Siegel, M.J., Kalay, E., Amin, S., Zurlo, K.A., Crystal, S. (2011). Diagnosis and treatment of depression in older community-dwelling adults: 1992-2005. *J Am Geriatr Soc.* 59(6),1042-51
- Armstrong, J., Mitchell, E. (2008). Comprehensive nursing assessment in the care of older people. *Nurs Older People.* 20(1),36-40.
- Ariogul, S. (2006) Geriatri ve Gerontoloji (1. baskı). Ankara: MN Medikal&Nobel Yayınları.
- British Geriatrics Society Web Page (1989). internet: <http://www.bgs.org.uk>
- Bulut, A., Yavuz, B.B., Yücel, H., Çevik, B.B., Aydemir, N., Ülger, Z., Şener, D., Halil, M., Cankurtaran, M., Uyanık, M., Kayıhan, H., Ariogul, S. (2004) Geriatri ekip çalışması-III: Beslenme değerlendirilmesi. 3. Ulusal Geriatri Kongresi.
- Carrier, J., Hansen, C.O., Blakey, J.A. (2010). Experiences of nursing in older care facilities in New Zealand. *Aust Health Rev.* 34(1),11-7.
- Çevik, B.B., Yavuz, B.B., Yücel, H., Bulut, A., Aydemir, N., Ülger, Z., Şener, D., Halil, M., Cankurtaran, M., Uyanık, M., Kayıhan, H., Ariogul S. (2004) Geriatri ekip çalışması-I: Sosyal hizmet değerlendirmesi. 3. Ulusal Geriatri Kongresi.
- Dorner, B., Friedrich, E.K., Posthauer, M.E. (2010). Practice paper of the American Dietetic Association: individualized nutrition approaches for older adults in health care communities. *J Am Diet Assoc.* 110(10),1554-63.



- Gill, T.M., Allore, H.G., Holford, T.R., Guo, Z. (2004). Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *JAWA*. 3;292 (17), 2115-24
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Burke, G., McBurnie, M.A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 56(3), M146-156.
- Kondrup, J., Allison, S.P., Elia, M., Vellas, B., Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. 22(4), 415-421.
- Landefeld, C.S., Palmer, R.M., Kresevic, D.M., Fortinsky, R.H., Kowal, J. (1995). A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 332(20), 1338-1344.
- Michel, J.P., Robine, J.M., Herrmann, F. (2010). Tomorrow, who will take care of the elderly? The oldest old support ratio. *Bull Acad Natl Med*. 194(4-5), 793-801
- Onat, Ü. (2003) 2. Ulusal Geriatri Kongresi. "Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler". Antalya.
- Report of the Participants in Malta, 6-17 October 1997: International Short-Term Course for Physical and Occupational Therapists in the Field of Ageing, World Federation of Occupational Therapists, World Confederation for Physical Therapy, International Institute on Ageing, United Nations- Malta 1997
- Shaw, K., Cartwright, C., Craig, J. (2011). The housing and support needs of people with an intellectual disability into older age. *J Intellect Disabil Res*. 55(9), 895-903.
- Sommers, J.S., Marton, K.I., Barbaccia, J.C., Randolph, J. (2000). Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Arch Intern Med* 160(12), 1825-1833.
- Souza, L.M., Lautert, L., Hilleshein, E.F. (2011). Quality of life and voluntary work among the elderly. *Rev Esc Enferm USP*. 45(3), 665-71.
- Stuck, A.E., Aronow, H.U., Steiner, A., Alessi, C.A., Büla, C.J., Gold, M.N., Yuhas, K.E., Nisenbaum, R., Rubenstein, L.Z., Beck, J.C. (1995). A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 333(18), 1184-1189.
- Stuck, A. E., A. L. Siu., Wieland, G.D., Adams, J., Rubenstein, L.Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 342(8878), 1032-1036.
- Trollor, J.N., Smith, E., Agars, E., Kuan, S.A., Bane, B.T., Campbell, L., Samaras, K., Crawford, J., Lux, O., Kochan, N.A., Brodaty, H., Sachdev, P. (2011). The association between systemic inflammation and cognitive performance in the elderly: the Sydney Memory and Ageing Study. *Age (Dordr)*. [Epub ahead of print]
- Turner, Ann., Foster, M., Johnson, S.E., Stewart, A.M. (1996). *Occupational Therapy and Physical Dysfunction*. Fourth Edition, Churchill Livingstone, US.
- Türkiye İstatistik Kurumu Web Sayfası (2005). adres: <http://tuik.gov.tr>
- Yahyagil, Y.M. (2001) "Toplumsal Değişme Sürecinde Yaşlılık ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmet". Sosyal Hizmet Sempozyumu 96 Toplumsal Gelişme ve Değişme Sürecinde Sosyal Hizmetler. T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu ortak yayını No: 2. Ankara, 199-208
- Yavuz, B.B., Aydemir, N., Ülger, Z., Şener, D., Çevik, B.B., Yücel, H., Bulut, A., Halil, M., Cankurtaran, M., Uyanık, M., Kayıhan, H., Ariogul, S. (2004). Geriatri ekip çalışması-IV: Hospitalize yaşlılarda medikal durumun değerlendirilmesi. 3. Ulusal Geriatri Kongresi.
- Yücel, H., Uyanık, M., Kayıhan, H., Çevik, B.B., Yavuz, B.B., Bulut, A., Aydemir, N., Ülger, Z., Şener, D., Halil, M., Cankurtaran, M., Ariogul, S. (2004). Geriatri ekip çalışması-II: Fizik tedavi ve rehabilitasyon yönünden değerlendirme sonuçları. 3. Ulusal Geriatri Kongresi,

