



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

HASTALIK YÖNETİM PLATFORMU
(HYP)
TARAMA VE TAKİP
KILAVUZU

Hastalık Yönetim Platformu (HYP), birinci basamakta kronik hastalıkların ya da durumların etkin tarama ve takibini gerçekleştirmek için Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiş bir uygulamadır.

Bu kılavuz, HYP kapsamında yapılacak tarama ve izlem süreçlerine rehberlik etmek üzere hazırlanmıştır.

Tedaviye yönelik kararlar için güncel klinik rehberlere başvurulmalıdır.

İÇİNDEKİLER TABLOSU

Bölüm 1 KRİTERLERİN BAŞARI ORANI, KATSAYI VE DEĞERLENDİRME ESASLARI	6
1. Aile Hekimliği Birimi İçin Kriter Katsayısına Esas Asgari ve Azami Başarı Oranları	6
2. Aile Sağlığı Çalışanları İçin Kriter Katsayısına Esas Asgari ve Azami Başarı Oranları	7
3. Aile Hekimliği Birimi İçin Başarı Oranlarına Göre Kriter Katsayıları	7
4. Aile Sağlığı Çalışanları İçin Başarı Oranlarına Göre Kriter Katsayıları	8
5. Kapsama Alınan Hastalık ve Durumlar	8
Hipertansiyon	8
Diyabet	8
Obezite	9
Kanser	9
Kardiyovasküler risk değerlendirmesi	10
Çok yönlü yaşlı değerlendirmesi (AH)	10
Çok yönlü yaşlı değerlendirmesi (ASÇ)	10
Aile Sağlığı Çalışanları İçin Kronik Hastalıklarda Vital Bulguların Ölçülmesi Ve Yaşam Tarzı Önerileri (ASÇ)	11
Bölüm 2- HİPERTANSİYON TARAMA VE İZLEMİ (ERİŞKİN)	12
1. Anamnez ve Fizik Muayene	12
2. Kan Basıncı Ölçümünün Değerlendirilmesi	13
3. Laboratuvar Tetkikleri	15
4. Hipertansif Hasta İzlem Parametreleri ve Sıklıkları	15
5. Hipertansif Hastada Tedavi Yaklaşımı Stratejileri	16
6. Hipertansif Özel Hasta Gruplarında İlaç Seçimi	20
7. Kayıt	20
Bölüm 3- DİYABET TARAMA VE İZLEMİ (ERİŞKİN)	21
1. Anamnez ve Fizik Muayene	21
2. Diyabet Tanı Kriterleri	21
3. Prediyabet	23
4. Diyabet Tarama Kriterleri	23
5. Gestasyonel Diyabet Tarama ve Tanı Kriterleri	25
6. Laboratuvar Tetkikleri/Risk Değerlendirmesi	27
7. Yeni Tanı Alan Diyabetliler	27
Anamnez	27
Fizik Muayene	27
Laboratuvar Testleri	27

Konsültasyonlar	27
8. Daha Önce Diyabet Tanısı Almış Hastalar	28
Anamnez (her izlemde)	28
Fizik Muayene (her izlemde)	29
Laboratuvar Testleri	29
Konsültasyonlar	29
9. Diyabette İzlem Parametreleri Ve Sıklıkları.....	30
10. HbA1c Hedefine Ulaşılma Süresi	31
Bölüm 4- OBEZİTE TARAMA VE İZLEMİ (ERİŞKİN)	33
1. Anamnez	33
2. Fizik Muayene	33
3. Obezite Nedenleri	33
4. Obezitenin Oluşumunda Rol Oynayan Risk Faktörleri	34
5. Boy Uzunluğu, Vücut Ağırlığı, Bel Çevresi Ölçümleri ve Önemi	35
6. Laboratuvar Tetkikleri ve Klinik Değerlendirme.....	36
7. Tedavi ve İzlem Yaklaşımı.....	38
8. Kayıt	39
9. Erişkinler için Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Önerileri	41
Bölüm 5-KANSER TARAMALARI	50
1. Meme Kanseri Taramaları	50
Anamnez Ve Fizik Muayene	50
Mamografinin Çekilmesi Ve Değerlendirilmesi	50
Kayıt	51
2. Serviks Kanseri Taraması	52
Anamnez Ve Fizik Muayene	52
Numune Alınması Ve Değerlendirilmesi	52
Kayıt	53
3. Kolorektal Kanseri Taraması	54
Anamnez Ve Fizik Muayene	54
Numune Alınması Ve Değerlendirilmesi	54
Kayıt	55
Bölüm 6. KARDİYOVASKÜLER RİSK DEĞERLENDİRMESİ	56
1. Anamnez ve Fizik Muayene.....	56
2. Kardiyovasküler Risk Düzeylerine Göre Yaklaşım	60

3. Tedavide Davranış Değişikliğini Kolaylaştırmada Etkili İletişim İlkeleri	60
4. İzlem	64
5. Kayıt	64
Bölüm 7. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI İÇİN ÇOK YÖNLÜ YAŞLI DEĞERLENDİRMESİ VE İZLEMİ (AH)	65
1. Anamnez	65
2. Fizik Muayene	66
3. Geriatrik Değerlendirme	66
4. Laboratuvar İncelemeleri	76
5. Yaşlı Bireyde İzlem Parametreleri ve Sıklıkları	76
6. Ekler	81
EK-1: Değerlendirme Ölçekleri	81
EK-2: Bireysel Dayanıklılık ve Kuvvet Planı	88
EK-3: Yaşlı Bireylerde İstemsiz Kilo Kaybının Sık Görülen Nedenleri	89
Bölüm 8. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI İÇİN ÇOK YÖNLÜ YAŞLI DEĞERLENDİRMESİ VE İZLEMİ (ASÇ)	90
1. Geriatrik Değerlendirme	90
Ekler	107
EK-1: Değerlendirme Ölçekleri	107
EK-2: Bireysel Dayanıklılık ve Kuvvet Planı	114
EK-3: Yaşlı Bireylerde İstemsiz Kilo Kaybının Sık Görülen Nedenleri	115
EK-4: Üriner İnkontinansın Tedavi Edilebilir Nedenleri-Diappers	116
EK-5: Sayısal Ağrı Skalası ve Wong Baker Yüz Skalası	117
EK-6: Yaşlılarda Sık Görülen Sorunlara Yönelik Bilgilendirme ve Öneriler	118
Bölüm 9. AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANLARI İÇİN KRONİK HASTALIKLARDA VİTAL BULGULARIN ÖLÇÜLMESİ VE YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ	136
1. Kronik Hastalıklarda Vital Bulguların Ölçülmesi	136
2. Kan Basıncı Ölçümü	136
3. Vücut Ağırlığının Ölçülmesi	137
4. Boy Uzunluğunun Ölçülmesi	137
5. Bel Çevresi Ölçümü	138
6. Kronik Hastalığı Olan Hastaya Yaklaşım	139
KAYNAKLAR	141

BÖLÜM 1 KRİTERLERİN BAŞARI ORANI, KATSAYI VE DEĞERLENDİRME ESASLARI

Aile hekimliği birimleri ve ayrıca aile sağlığı çalışanlarının tarama ve takip katsayısının hesaplanmasında kullanılacak asgari ve azami başarı oranları, kriter katsayıları ve aile sağlığı çalışanı için hazırlanan vital bulgulara ilişkin esaslar aşağıda yer almaktadır.

1. Aile Hekimliği Birimi İçin Kriter Katsayısına Esas Asgari ve Azami Başarı Oranları

Kriter		Asgari Başarı Yüzdesi	Azami Başarı Yüzdesi
Hipertansiyon	Tarama	40	90
	Takip	50	90
	Sonuç	40	90
Diyabet	Tarama	40	90
	Takip	50	90
	Sonuç	40	90
Obezite	Tarama	40	90
	Takip	50	90
	Sonuç	40	90
Serviks Kanseri	Tarama	50	90
Kolorektal Kanser	Tarama	50	90
Meme Kanseri	Tarama	40	90
Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi	Tarama	40	90
	Takip	50	90
	Sonuç	40	90
Çok Yönlü Yaşlı Sağlığı Değerlendirmesi	Takip	40	90
Süreç Yönetimi		50	80

2. Aile Sağlığı Çalışanları İçin Kriter Katsayısına Esas Asgari ve Azami Başarı Oranları

Kriter		Asgari Başarı Yüzdesi	Azami Başarı Yüzdesi
Vital Bulgular	Tarama-Takip	50	90
Çok Yönlü Yaşlı Sağlığı Değerlendirmesi	Tarama-Takip	50	90

3. Aile Hekimliği Birimi İçin Başarı Oranlarına Göre Kriter Katsayıları

KRİTERLER	KATSAYILAR	Asgari Başarı Oranının Altı İçin Kriter Katsayısı	Asgari Başarı Oranı İçin Kriter Katsayısı	Asgari – Azami Başarı Oranları Arası İçin Kriter Katsayısı	Azami Başarı Oranı Üzeri İçin Kriter Katsayısı
Hipertansiyon	Tarama	0,994	1	1 ila 1,05	1,05
	Takip	0,98871	1	1 ila 1,0249	1,0249
	Sonuç	1	1	1	1
Diyabet	Tarama	0,994	1	1 ila 1,05	1,05
	Takip	0,98871	1	1 ila 1,0249	1,0249
	Sonuç	1	1	1	1
Obezite	Tarama	0,994	1	1 ila 1,017	1,017
	Takip	0,98871	1	1 ila 1,0249	1,0249
	Sonuç	1	1	1	1
Serviks Kanseri	Tarama	0,994	1	1 ila 1,03	1,03
Kolorektal Kanser	Tarama	0,994	1	1 ila 1,03	1,03
Meme Kanseri	Tarama	0,994	1	1 ila 1,031	1,031
Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi	Tarama	0,994	1	1 ila 1,05	1,05
	Takip	0,98871	1	1 ila 1,0249	1,0249
	Sonuç	1	1	1	1
Çok Yönlü Yaşlı Sağlığı Değerlendirmesi	Takip	0,98871	1	1 ila 1,0249	1,0249
Süreç Yönetimi		0,994	1	1 ila 1,03	1,03

4. Aile Sağlığı Çalışanları İçin Başarı Oranlarına Göre Kriter Katsayıları

KRİTERLER	KATSAYILAR	Asgari Başarı Oranının Altı İçin Kriter Katsayısı	Asgari Başarı Oranı İçin Kriter Katsayısı	Asgari – Azami Başarı Oranları Arası İçin Kriter Katsayısı	Azami Başarı Oranı Üzeri İçin Kriter Katsayısı
Vital Bulgular	Tarama-Takip	0,93	1	1 ila 1,06	1,06
Çok Yönlü Yaşlı Sağlığı Değerlendirmesi	Tarama-Takip	0,97	1	1 ila 1,13	1,13

5. Kapsama Alınan Hastalık ve Durumlar

HİPERTANSİYON

- (1) Hipertansiyon hastalık riskine ilişkin 18 yaş ve üzeri kişilerin Hipertansiyon Tarama ve İzlem Kılavuzuna göre hipertansiyon taraması yapılır. Aile hekimliği birimine kayıtlı 18 yaş ve üzerinde olan kişilerden hipertansiyon tarama listesi oluşturulur. Hipertansiyon tanısı olan kişiler ile tarama sonrası hipertansiyon tanısı alan kişiler tarama kapsamı dışındadır.
- (2) Hipertansiyon tanısı olanlar ile tarama sonucu hipertansiyon tanısı almış kayıtlı kişilerden hipertansiyon takip listesi oluşturulur ve bu listede yer alan kişiler Hipertansiyon Tarama ve İzlem Kılavuzuna göre izlenir.
- (3) Hipertansiyon tanısı almış kayıtlı kişilerden, son bir yılda ölçülen son kan basıncı değeri hedef değer içerisinde olan kişi sayısının son bir yılda izlenen kişi sayısına oranı sonuç için başarı oranıdır.

DİYABET

- (1) Diyabet hastalık riskine ilişkin 40 yaş ve üzeri kişilerin Diyabet Değerlendirme Kılavuzuna göre diyabet taraması yapılır. Aile hekimliği birimine kayıtlı kişilerden yukarıda belirtilenlerden diyabet tarama listesi oluşturulur. Diyabet tanısı olan kişiler ile tarama sonrası diyabet tanısı alan kişiler tarama kapsamı dışındadır.
- (2) Kayıtlı kişilerden diyabet tanısı olanlar ile tarama sonucu diyabet tanısı almış olanlar Diyabet Değerlendirme Kılavuzuna göre izlenir.

- (3) Diyabet tanısı almış kayıtlı kişilerden son bir yılda en az iki kez izlenmiş olmak kaydıyla bir önceki izlem tarihinden itibaren aile hekimi tarafından belirlenmiş bireysel HbA1c hedefi Diyabet Değerlendirme Kılavuzunda belirtilen risk durumlarına göre belirlenen değerden az olanların sayısının son bir yılda izlenen kişi sayısına oranı sonuç için başarı oranıdır.

OBEZİTE

- (1) Obezite hastalık riskine ilişkin 18 yaş ve üzeri kişilerin Obezite Değerlendirme Kılavuzuna göre obezite taraması yapılır. Aile hekimliği birimine kayıtlı kişilerden 18 yaş ve üzeri olanlardan obezite tarama listesi oluşturulur. Obezite tanısı olan kişiler ile tarama sonrası obezite tanısı alan kişiler tarama kapsamı dışındadır.
- (2) Kayıtlı kişilerden obezite tanısı olan kişiler ile tarama kapsamında obezite tanısı alan kişiler Obezite Değerlendirme Kılavuzuna göre izlenir.,
- (3) Obezite tanısı almış kayıtlı kişilerden, altı ay içerisinde %5 ağırlık kaybı sağlanan kişi sayısının-son bir yılda izlenen kişi sayısına oranı sonuç için başarı oranıdır.

KANSER

- (1) Meme, serviks ve kolorektal kanser riskine ilişkin taramalar Aile Sağlığı Merkezlerinde Kanser Tarama Kılavuzuna göre yapılır.
- a. Aile hekimliği birimine kayıtlı 40 ila 69 yaş arasında-olan kadınlara (40 ve 69 yaş dâhil) iki yılda bir mamografi çekilerek meme kanseri taraması yapılır. Tarama mamografisi sonucu BIRADS 1-2 olan kişilerin taramaları her iki yılda bir tekrarlanır. Tarama mamografi sonucu BIRADS 0, 4 ya da 5 olan kişiler teşhis merkezlerine yönlendirilir. Aile hekimliği birimine kayıtlı kişilerden 40 ila 69 yaş arasındaki kadınlardan meme kanseri tarama listesi oluşturulur. Meme dokusu bulunmayan kadınlar, gebelik sonlanıncaya kadar gebeler ve lohusalar ile geriye dönük son iki yıl içerisinde; mamografi çekilen veya meme kanseri tanısı olan ya da tarama sonrası meme kanseri tanısı alanlar tarama kapsamı dışındadır.
- b. Aile hekimliği birimine kayıtlı 30 ila 65 yaş arasında olan kadınların (30 ve 65 yaş dâhil) beş yılda bir HPV-DNA testi ile serviks kanseri taraması yapılır. Test sonucu negatif olanların taramaları her beş yılda bir tekrarlanır. Tarama sonucu HPV Tip 16-18 pozitif olanlar, kolposkopi yapılması için teşhis merkezine yönlendirilir. HPV Tip 16-18 hariç diğer HPV tipleri pozitif çıkanlar ise sitoloji için teşhis merkezine yönlendirilir, sitolojisi normal olanlara bir yıl sonra tekrar tarama yapılır, sitolojisi anormal olanlar kolposkopiye yönlendirilir. HPV Tip 16-18 hariç diğer HPV tiplerin iki yıl üst üste pozitif olması halinde kişiler kolposkopiye yönlendirilir. Aile hekimliği birimine kayıtlı kişilerden 30 ila 65 yaş arasında olanlardan serviks kanseri tarama listesi oluşturulur. HPV-DNA testi sonucu

“yetersiz numune” olanlar üç ay sonra hedef listeye yeniden eklenir. Geriye dönük son beş yıl içinde; HPV-DNA testi yapılan veya serviks kanseri tanısı olan ya da tarama sonrası serviks kanseri tanısı alanlar ile HPV Tip 16-18 pozitif olan kadınlar tarama kapsamı dışındadır.

- c. Aile hekimliği birimine kayıtlı 50 ila 70 yaş arasında olan kadınlara ve erkeklere (50 ve 70 yaş dâhil) iki yılda bir Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT) kullanılarak kolorektal kanser taraması yapılır ve on yılda bir de kolonoskopi yapılması önerilir. Aile hekimliği birimine kayıtlı kişilerden 50 ila 70 yaş arasındaki kişilerden kolorektal kanser tarama listesi oluşturulur. Test sonucu negatif olanların taramaları her iki yılda bir tekrarlanır. Test sonucu pozitif olan kişiler teşhis merkezlerine yönlendirilir. Geriye dönük son iki yıl içerisinde; gaitada gizli kan testi sonucu bulunan veya kolorektal kanser tanısı olan ya da tarama sonrası kolorektal kanser tanısı alan kişiler tarama kapsamı dışındadır. GGK test sonucu “Belirsiz” olanlar hedef listede kalmaya devam eder.

KARDİYOVASKÜLER RİSK DEĞERLENDİRMESİ

- (1) Kardiyovasküler risk değerlendirmesi için 40 yaş ve üzeri kişilerin Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Kılavuzuna göre taraması yapılır. Aile hekimliği birimine kayıtlı 40 yaş ve üzeri kişilerden tarama listesi oluşturulur. Kardiyovasküler hastalık tanısı olanlar, girişimsel işlem yapılanlar, tarama sonucuna göre yüksek risk ve çok yüksek risk belirlenenler ile kardiyovasküler risk tanısı alanlar tarama kapsamı dışındadır.
- (2) Kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılan kişiler, risk durumuna uygun olarak Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Kılavuzuna göre izlenir.
- (3) Son iki yıl içerisinde kardiyovasküler risk değerlendirmesi kapsamında izlenen kişilerden, son kardiyovasküler risk grubunda bir önceki gruba göre artış olmayan (azalanlar ve sabit kalanlar dahil) kişi sayısının son iki yılda izlenen kişi sayısına oranı sonuç için başarı oranıdır.

ÇOK YÖNLÜ YAŞLI DEĞERLENDİRMESİ (AH)

- (1) Aile hekimliği birimine kayıtlı 65 yaş ve üzerinde olan kişilerden takip listesi oluşturulur. Çok yönlü yaşlı değerlendirmesi için 65 yaş ve üstü kişiler Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları İçin Aile Hekimi Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi Kılavuzuna göre izlenir.

ÇOK YÖNLÜ YAŞLI DEĞERLENDİRMESİ (AŞÇ)

- (1) Aile hekimliği birimine kayıtlı 65 yaş ve üzerinde olan kişilerden takip listesi oluşturulur. Aile sağlığı çalışanınca yapılacak çok yönlü yaşlı değerlendirmesi için 65 yaş ve üstü kişiler Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları İçin Aile Sağlığı Çalışanı Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi Kılavuzuna göre izlenir.

AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANLARI İÇİN KRONİK HASTALIKLARDA VİTAL BULGULARIN ÖLÇÜLMESİ VE YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ (ASÇ)

- (1)** Kronik hastalık tarama ve izlemi kapsamında bulunan kişilerden vital bulgular hedef listesi oluşturulur. Oluşturulan bu listeden aylık hedef sayıları belirlenir. Vital bulgular, programlara ilişkin kılavuzlarda yer alan periyotlarda ölçülür. Taraması-izlemi yapılan kişilerin ilk tarama-izlem tarihi sıfıncı gün kabul edilir ve taraması/izlemi yakın olan programın işlem aralığına göre bir sonraki vital bulgu girilecek tarih belirlenir

BÖLÜM 2- HİPERTANSİYON TARAMA VE İZLEMİ (ERİŞKİN)

Hipertansiyon tanısı almamış 18 yaş üstündeki tüm bireyler kayıtlı oldukları aile hekimliği birimine davet edilmeli ve hipertansiyon taramaları yapılmalıdır. Daha önce hipertansiyon tanısı almış ya da aile hekimliği biriminde yapılan taramalar neticesinde hipertansiyon tanısı konularak izlem listesine alınmış hipertansiyon hastaları da kendi durumlarına uyan aralıklarla kayıtlı oldukları aile hekimliği birimlerine davet edilmeli ve izlemleri gerçekleştirilmelidir.

Tarama:

- 18-40 yaş arası sağlıklı bireylerin **üç yılda bir kez**, 40 yaş üstü tüm bireylerin **yılda bir kez**, kan basıncı ölçümü ile hipertansiyon taraması yapılmalıdır.
- 18-40 yaş arası riskli bireylerin [*obezite, diyabet, koroner arter hastalığı, inme, kronik böbrek hastalığı, ailede erken yaşta hipertansiyon öyküsü, akrabaları arasında (erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşın altında) ani ölüm veya ciddi koroner arter hastalığı olan ve ilk ölçüm değeri yüksek normal olan*] hipertansiyon taraması ise **yılda bir kez**, kan basıncı ölçümü ile yapılmalıdır.

İzlem:

- İlk kez tanı koyulan ya da daha önce tanı konulmasına rağmen kan basıncı hedef değere ulaşmamış olan hastaların tedavileri düzenlenmeli ve kan basıncı regülasyonu sağlanana kadar, hekim tarafından belirlenen sıklıkta (*1-4 hafta*) aile hekimliği birimlerine davet edilerek izlemleri yapılmalıdır.
- Kan basıncı hedef değere ulaşmış hipertansiyon hastalarından; KVR'si yüksek ve çok yüksek olanların **altı ayda bir kez**; KVR'si düşük ve orta olanların ise **yılda bir kez** hipertansiyon izlemi gerçekleştirilmelidir.

1. Anamnez ve Fizik Muayene

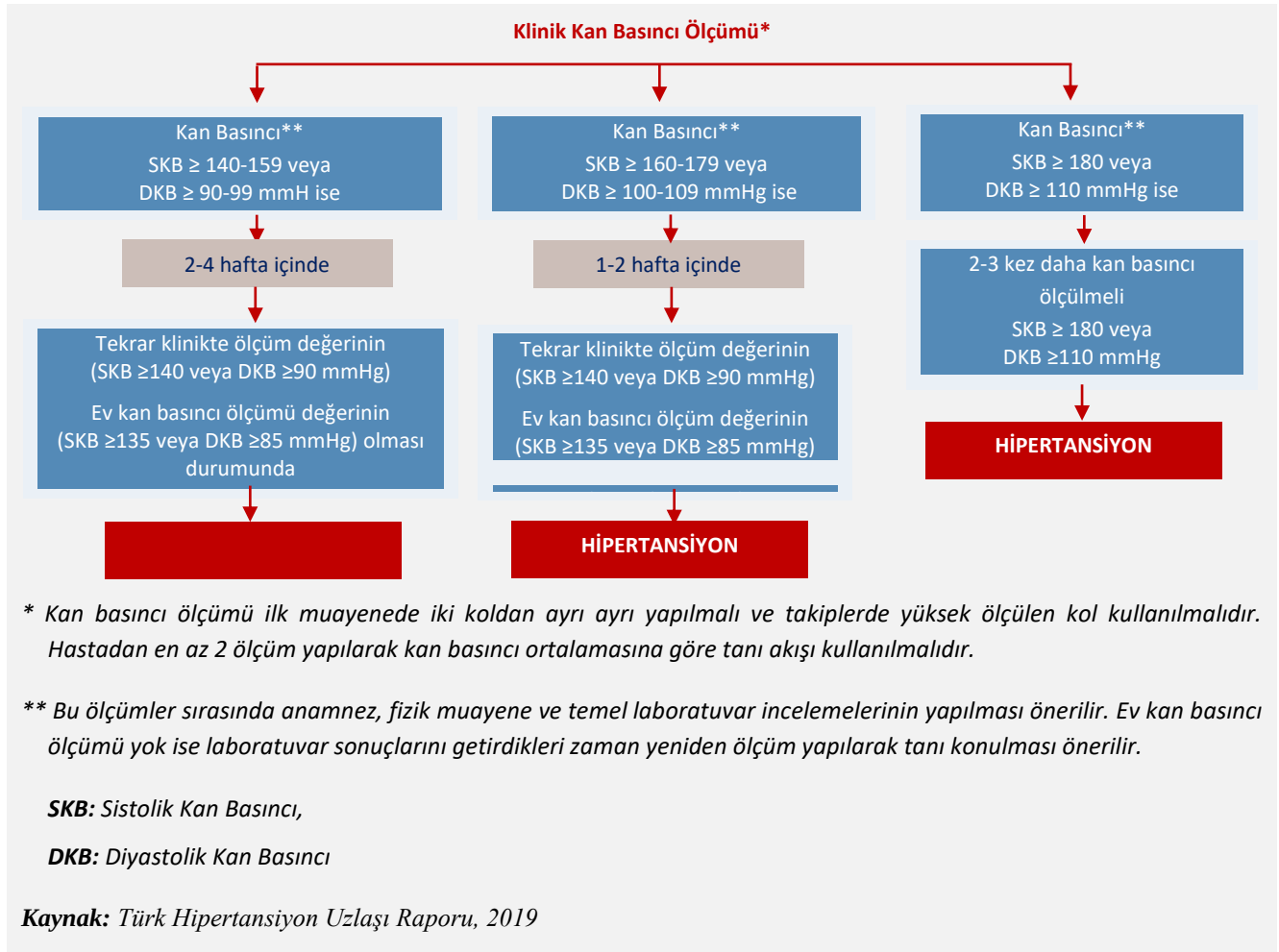
- Kan basıncı hipertansif düzeyde olan her hastadan anamnez alınmalı; önceki kan basıncı ölçümleri, kardiyovasküler risk faktörleri, aile hikâyesi, kısa hastalık öyküsü ve kullandığı ilaçlar sorgulanmalıdır. Fizik muayenede kan basıncı, nabız, boy, kilo ve bel çevresi ölçülmeli ve sistemik muayene ve KVR değerlendirmesi yapılmalıdır.
- Hasta, kan basıncı ölçümünden en az yarım saat öncesi itibariyle çay, kahve, tütün ve tütün ürünü içmemiş ve idrarını yapmış olmalıdır.
- Kan basıncı ölçümü öncesi hastanın oturur durumda en az 5 dakika dinlenmesine izin verilmelidir.

- Hastanın ölçüm sırasında ayak ayak üzerine atmaması sağlanmalıdır. Avuç açık, kol kalp seviyesinde olmalıdır.
- Ölçüm sfigmomanometre/stetoskop veya otomatik elektronik aletle yapılmalıdır. Tansiyon aleti düzenli olarak kalibre edilmeli ve manşon genişliği hastaya uygun olmalıdır.
- **Bir kereye mahsus iki koldan da ölçüm yapılmalıdır. Sonraki ölçümlere, yüksek değer alınan koldan devam edilmelidir.**
- Bir seferde, 1 dakika ara ile **en az** iki ölçüm yapılmalı; son iki ölçümün ortalaması kaydedilmelidir.
- Ölçüm sırasında nabız mutlaka değerlendirilmeli (*palpasyonla*) ve düzensizlik varsa otomatik cihazlarla değil sfigmomanometre ve stetoskop kullanılarak kan basıncı ölçümü yapılmalıdır.
- Ayrıca, e-nabızdan hastanın ev kan basıncı ölçümü kayıtları da incelenerek kan basıncı durumuna ilişkin bilgi alınmalıdır.
- **Hipertansif hastalara ev kan basıncı ölçümü yapmaları önerilmelidir.**
- Kardiyovasküler riskin yüksek olduğu hastalarda kan basıncı takipleri daha sık yapılmalıdır.
- Hipertansif hastaların yıllık influenza (*Ekim, Kasım aylarında*) ve pnömokok aşılarını yaptırmaları önemlidir. Bu aşılardan yanı sıra erişkin bağışıklamada önerilen diğer aşılarda hipertansif hastalara önerilmelidir.

Aile hekimleri; aile hekimliği birimine kayıtlı kişilerin yaşam tarzı değişikliklerini multidisipliner bir yaklaşım ile düzenlemeli; biyopsikososyal yaklaşım ile hipertansiyona yönelik tarama, temel tedavi ve izlemelerini yaparak birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmelidir.

2. Kan Basıncı Ölçümünün Değerlendirilmesi

- Kan basıncı **yüksek normal** (*sistolik 130-139 mmHg / diyastolik 80-89 mmHg*) olan hastalara yaşam tarzı değişikliği önerilmeli, riskli grupta olmayanlar yıllık kontrole çağrılmalıdır. Kan basıncı yüksek normal olup riskli grupta olan hastalar ise üç aylık yaşam tarzı değişik önerilerini takiben yeniden değerlendirmelidir. Kan basıncı halen yüksek normal olanlara **monoterapi** başlanmalıdır.
- Kan basıncı 140/90 mmHg ve üstü olarak ölçülen bireylerin, hipertansiyon tanısı için, aşağıdaki göstergelere göre değerlendirilmesi ve takip edilmesi önerilmektedir (Şekil 1).



Şekil 1. Kan Basıncı $\geq 140/90$ mmHg Olan Erişkinlerde Hipertansiyon Tanı Şeması

- SKB ≥ 180 mmHg veya DKB ≥ 110 mmHg olan hasta, hipertansif acil ve hipertansif ivedi durumlar açısından değerlendirmelidir.
- **Hipertansif aciller (emergencies)** çok yüksek kan basıncının, hastanın karşı karşıya olduğu riski ortadan kaldırmak için bir saat içinde düşürülmesinin gerektiği durumlar olarak tanımlanmıştır.
- **Hipertansif ivedi durumlar (urgencies)** ise hasta için kısa sürede risk oluşturmayan çok yüksek kan basıncının 24 saat içinde düşürülmesi gereken durumlardır.
- **Semptomları bulunan hastalar hipertansif acil kabul edilip üst basamağa sevk edilmelidir.**

3. Laboratuvar Tetkikleri

Hipertansif hastalara ve riskli bireylere [obezite, diyabet, koroner arter hastalığı, inme, kronik böbrek hastalığı, ailede erken yaşta hipertansiyon öyküsü, akrabaları **arasında (erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşın altında)** ani ölüm veya ciddi koroner arter hastalığı olan ve ilk ölçüm değeri yüksek normal olan] aşağıdaki tetkikler yapılmalıdır.

- Böbrek fonksiyonlarının değerlendirmesi (tahmini glomerüler filtrasyon hızı, üre, kreatinin)
- Tam idrar tetkiki ve proteinüri değerlendirmesi
- Açlık kan glukozu
- Lipid profili (total kolesterol, LDL kolesterol, HDL, trigliserid)
- TSH
- Na
- K
- ALT
- EKG

4. Hipertansif Hasta İzlem Parametreleri ve Sikliklari

Hipertansiyon tanısı almış ve kan basıncı hedef değere ulaşmış erişkinlerin hipertansiyon izleminde; KVR'si yüksek ve çok yüksek ise **altı ayda bir**; KVR'si düşük ve orta ise **yılda bir** kez olmak üzere düzenli muayene ve laboratuvar incelemesi yapılır (Tablo 1,2).

Tablo 1. Hipertansiyon Tanısı Alan Hastalarda Yıllık Muayene Parametreleri ve Sıklıkları*

Fizik Muayene	İlk Muayene	6-12 Ay
Kan Basıncı Ölçümü	√	√
Boy Ölçümü	√	
Kilo Ölçümü	√	√
Bel Çevresi	√	
Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi	√	

*KVR'si yüksek ve çok yüksek olanlarda her altı ayda bir, KVR riski düşük ve orta riskli olanlarda ise yılda bir kez kan basıncı ve kilo ölçümleri yinelenmelidir.

Tablo 2. Hipertansiyon Tanısı Alan Hastalarda Laboratuvar Tetkikleri/Risk Değerlendirmesi Parametreleri ve Sıklıkları*

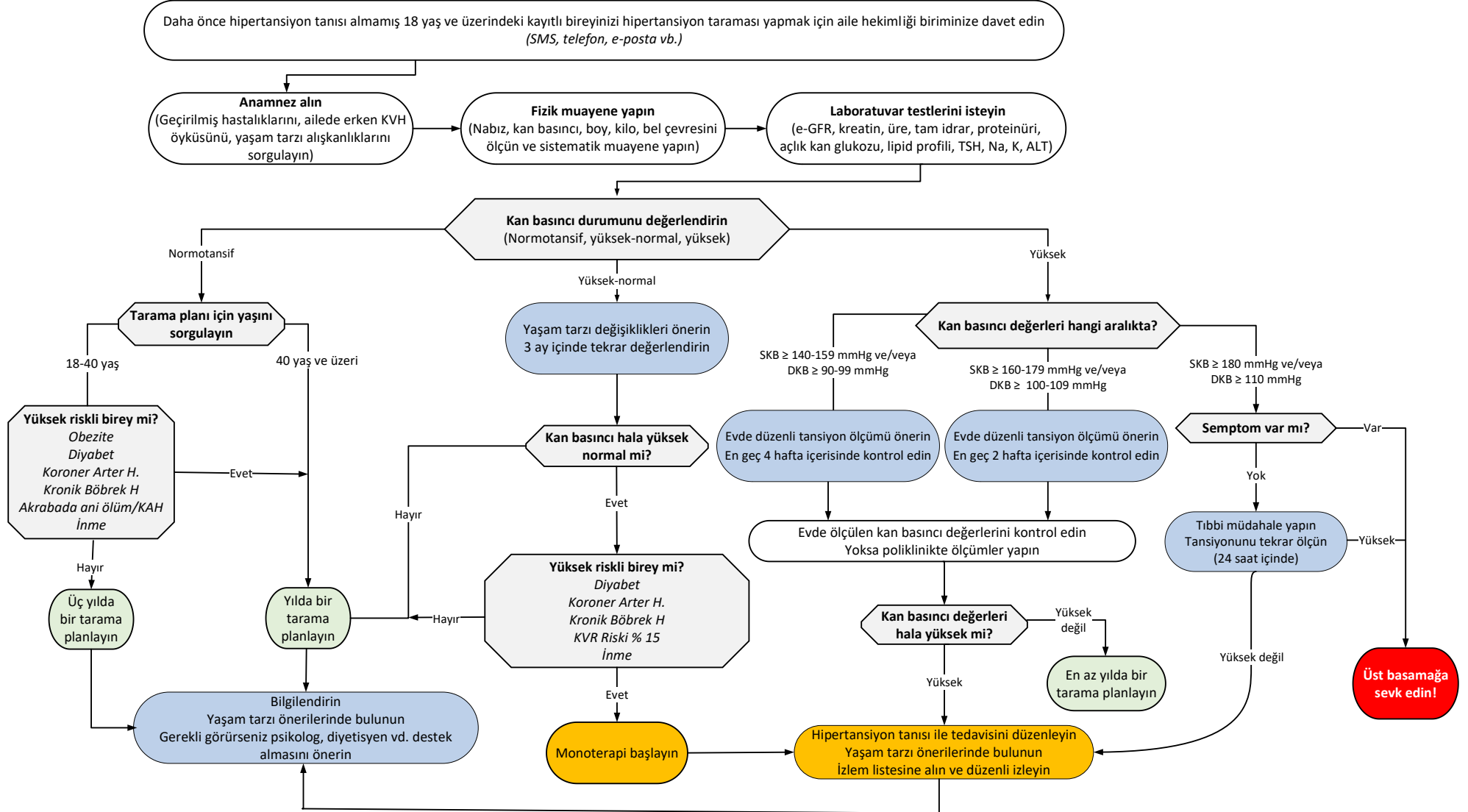
Tetkikler	6-12 Ay
Böbrek Fonksiyonlarının Değerlendirmesi (Tahmini Glomerüler Filtrasyon Hızı, Üre, Kreatinin)	√
Tam İdrar Tetkiki ve Proteinüri Değerlendirmesi	√
Açlık Kan Glukozu	√
Lipid Profili (Total Kolesterol, LDL Kolesterol, HDL, Trigliserid)	√
TSH	√
Na, K	√
ALT	√
12 Derivasyonlu Elektrokardiyografi (EKG)	√

*Laboratuvar tetkikleri; *referans değer aralığında değilse altı ayda bir, referans değer aralığında ise yılda bir* düzenli olarak yapılmalıdır.

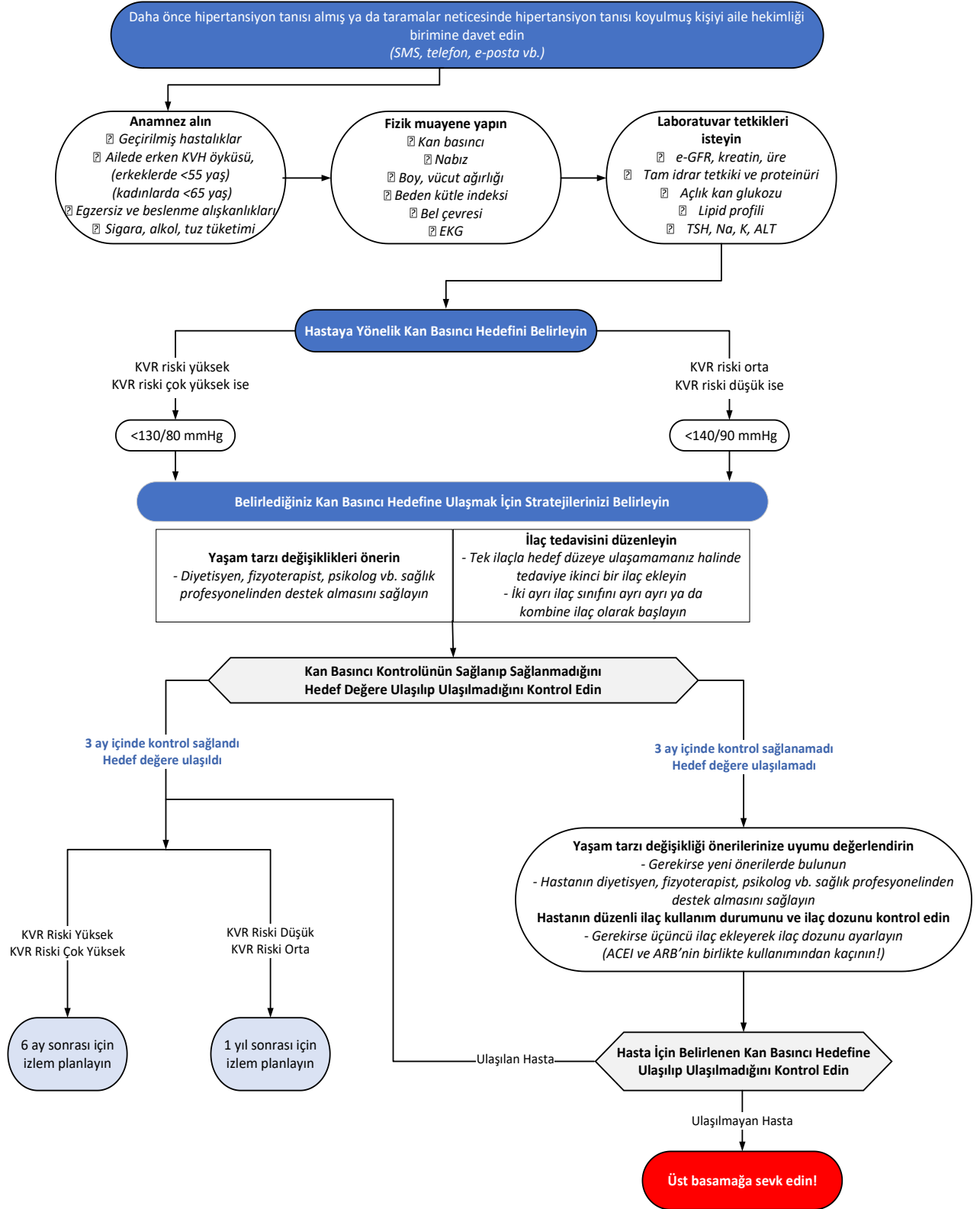
5. Hipertansif Hastada Tedavi Yaklaşımı Stratejileri

- Hastaya yeterli süre ayırın.
- Hastanın yaşam tarzı ile hastalık arasındaki ilişkiyi anladığından emin olun.
- Yaşam boyunca devam etmiş olan alışkanlıkları değiştirmenin zor olabileceğini ve yavaş yavaş ortaya çıkıp devam ettirilen değişikliğin genellikle daha kalıcı olduğunu kabul edin.
- Yaşam tarzı değişikliği yapmayı kabul etmesini sağlayın.
- Hastanın değiştirilecek risk faktörlerini belirleme işine katılmasını sağlayın.
- Değiştirilecek potansiyel engelleri araştırın.
- Davranışlar ve sağlık arasındaki ilişkiyi anlamak için bireylere yardım edin.
- Davranış değişikliği konusundaki engelleri değerlendirmede bireylere yardımcı olun.
- Yaşam tarzı değişim planı tasarlayın.
- Tedavi planı geliştirin.
- Diğer sağlık çalışanlarını sürece katın.
- Maskeli hipertansiyon ve beyaz önlük hipertansiyonu açısından dikkatli olun.

ERİŞKİN BİREY İÇİN HİPERTANSİYON TARAMA ALGORİTMASI



ERİŞKİN BİREY İÇİN HİPERTANSİYON İZLEM ALGORİTMASI



ERİŞKİN BİREYLERE VERİLECEK YAŞAM TARZI MÜDAHALE ÖNERİLERİ

Sağlıklı Beslenme	Fizik Aktivite	Tütün/Tütün Mamülleri Bırakma ve Alkol Kullanmama
1- Yağı Azaltın: Toplam yağ tüketimi enerjinin %30'unu geçmemelidir ve bitkisel yağlar tercih edilmelidir. Doymuş yağ alımı alınan kalorilerin %10'undan daha düşük olacak şekilde azaltılmalıdır. Trans yağ asidi alımı ise mümkün olduğunca azaltılmalı veya hiç alınmamalıdır. Az yağlı süt ürünleri kullanılmalı ve yağsız et tüketilmelidir. 2- Tuz alımı azaltılmalı ve yetişkinlerde günde 5 g'ın altında (sodyum alımı günde 2 g'dan az) olmalıdır. 3- Haftada en az 2 kez balığa yer verin. 4-Günde en az 5 porsiyon (en az 400 g/gün) sebze ve meyve tüketilmeli, bunlardan en az 2,5- 4 porsiyonu sebze, 2-3 porsiyonu meyve olmalıdır. 5-Tam tahılları ve ürünlerini tercih edin. 6-Posalı (lifli) gıda tüketiminizi arttırın. Günlük lif 25-30 gr alınmalı; bunun için kepekli ürünler, meyve ve sebzeler tercih edilebilir. 7-Şekerle tatlandırılmış içecekler tüketmeyin. 8-Bel çevrenizi ölçün/ölçtürün. Bel çevresi kadınlarda 80-88 cm, erkeklerde 94-102 cm ise daha fazla kilo alınmamalıdır. Bel çevresi kadında 88 cm, erkekte 102 cm üzerinde ise kilo verilmesi önerilir.	Fiziksel aktiviteyi artırın. 1- Her yaşta sağlıklı yetişkinlere haftada en az 2,5 saati orta şiddette fiziksel aktivite veya aerobik egzersiz yapmalarını önerin. - Fiziksel aktivite/aerobik egzersizler her biri ≥10dk süren ve haftada 4-5 gün boyunca eşit olarak yayılmış, çoklu uygulamalar halinde gerçekleştirilmelidir. - Haftada 2-3 kez direnç egzersizi (şınav, çekme, çömelme, plank vb.) önerin. 2- Öyküsünde akut myokart enfarktüsü, KABG, PKG, kararlı angina pectoris veya kararlı kompanse kronik kalp yetersizliği olan hastalarda kardiyoloji uzmanının bireysel önerisine uygun yoğunlukta aerobik egzersiz yapmalarını önerin. 3- Sedanter hastaları, uygun şekilde egzersiz ile ilgili risk değerlendirmesi yaptıktan sonra, hafif yoğunlukta egzersiz programlarına başlamaları için kuvvetle teşvik edin. 4- Yemek sonrası 2 saat hariç, iklim koşullarına uygun egzersiz (yürüme, yüzme vs.) önerin.	Tütün ve tütün mamülü kullanmayın ve içilen ortamlardan uzak durun. 1- Tütün ve tütün mamülü kan basıncını ve kalp atım hızını artırır. HDL kolesterol düzeyini düşürür, kanın pıhtılaşma eğilimini artırır. Ani kalp krizine neden olur. 2- Tütün ve tütün mamülü kullanmayı bırakın. Tütün ve tütün mamülü içicisi olarak tanımlanan tüm hastalara tütün ve tütün mamülü bırakma önerisinde bulunun (Bu kişilerle, herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile bağlantı kurulduğunda tütün ve tütün mamülü bırakma önerisine daha açık olabilmektedir). Ne söyleneceği ve nasıl söyleneceği; öneride bulunan hekime, öneriyi alan kullanıcıya ve önerinin bulunduğu duruma bağlıdır. Hastaya bırakma önerisinde bulunurken, net cümleler kurun, kanıtlardan yararlanarak güçlü mesaj verin. Güçlü ve bireyselleştirilmiş bir şekilde bırakması için aşağıdaki mesajlar gibi mesajlar vererek teşvik edin. - Tütün kullanımı; kalp ve akciğer hastalığını, kalp krizi ve/veya inme riskini artırır. - Tütün kullanımını bırakmak kalbinizi ve sağlığını korumak için yapabileceğiniz en önemli şeydir. - Artık bırakmak zorundasınız vb. 3- Tütün ve tütün mamülü bırakmayı düşünenler için 5A* yaklaşımı, tütün ve tütün mamülü bırakmayanlar için 5R** yaklaşımı uygulanmalıdır. *Ask (öğren) Advise (öner) Assess (ölç) Assist (önderlik) Arrange (örgütüle) ** Relevance (ilişki) Risks (riskler) Rewards (ödülleri) Roadblocks (engeller) Repetition (tekrar) 4- Alkol kullanmayın.

6. Hipertansif Özel Hasta Gruplarında İlaç Seçimi

Kan basıncı hedefi; KVR riski yüksek ve çok yüksek olan hastalarda <130/80 mmHg, KVR riski orta ve düşük olan hastalarda <140/90 mmHg olarak belirlenmelidir.

Tablo 3. Hipertansif Özel Hasta Gruplarında İlaç Seçimi

Özel Hasta Grupları	Antihipertansif İlaç Seçimi
Yaşlı Hipertansif Hastalar	RAS Blokerleri (ACEI, ARB) Kalsiyum Kanal Blokerleri Diüretikler B Blokerler *
Koroner Arter Hastalığı olan Hastalar	RAS Blokerleri (ACEI, ARB) Kalsiyum Kanal Blokerleri Diüretik B Blokerler*
Metabolik Sendromu olan Hastalar	RAS Blokerleri (ACEI, ARB) Kalsiyum Kanal Blokerleri Düşük Doz Diüretik
Diyabetik Hastalar	Proteinüri yoksa; RAS Blokerleri (ACEI, ARB) Kalsiyum Kanal Blokerleri Diüretik B Blokerler*
	Proteinüri varsa; Başlangıç Tedavisi RAS Blokerleri (ACEI, ARB)
Kronik Böbrek Hastalığı-Nefropatisi olan Hastalar	RAS Blokerleri (ACEI, ARB)

*B blokerler antihipertansif olarak ilk sırada tercih edilecek ilaç grubu değildir. B blokerler özel endikasyonlarda [kalp yetmezliği, geçirilmiş MI, AF, anjina varlığı, doğurganlık çağındaki kadınlar (15-49 yaş arası kadınlar)] tercih edilmelidir.

7. Kayıt

HYP/AHBS/HBYS'ye, izlem kriterleri kılavuza uygun içerikle kaydedilmelidir. Hasta kaydı kapatılmadan önce doğru tanı kodu seçimi (I10-I15) yapılmalıdır.

UYARI: Bu kılavuz hipertansif hastanın rutin izlemine dair konuları kapsamakta olup hipertansif ivedi ve acil durumlar kapsam dışında tutulmuştur.

BÖLÜM 3- DİYABET TARAMA VE İZLEMİ (ERİŞKİN)

1. Anamnez ve Fizik Muayene

Diyabet hastalarında Tablo 1’de özetlenen klasik semptomlar yanında bazı semptomlar da daha az görülebilir.

Tablo 1. Diyabet Semptomları

Klasik Semptomlar	Daha Nadir Görülen Semptomlar
Poliüri	Bulanık görme
Polidipsi	Açıklanamayan kilo kaybı
Polifaji veya iştahsızlık	İnatçı infeksiyonlar (cilt, vulva, üriner)
Halsizlik, çabuk yorulma	Tekrarlayan mantarın feksiyonları
Ağız kuruluğu	Kaşıntı
Nöktüri	

Tip 1 diyabette semptomlar çoğunlukla birkaç hafta içinde gelişerek hızla ilerler. Bu nedenle hastaların %20 kadarı diyabetin acil ve ciddi bir komplikasyonu olan DKA ile başvurabilir. Buna karşılık tip 2 diyabetli bireylerin önemli bir kısmında başlangıçta semptom yoktur veya yakınmalar çok siliktir.

2. Diyabet Tanı Kriterleri

Diyabet veya prediyabet tanısı; açlık plazma glukozu (APG), standart (75 gram(g) glukozlu 2 saatlik) oral glukoz tolerans testi (OGTT) ve glikozillenmiş hemoglobinA1c (HbA1c; A1C) ölçümleri ile konur (Tablo 1.4). Bir test ile tanı koymadan önce, test mutlaka tekrarlanmalı veya diğer bir testle doğrulanmalıdır.

- Açlık plazma glukoz ölçümü: En az 8 saatlik gece boyu açlığı takiben plazma glukoz (PG) düzeyinin ölçülmesi halen en fazla kabul gören ve pahalı olmayan yaklaşımdır.
- Oral glukoz tolerans testi (OGTT): Diyabet riski yüksek kişilerde OGTT yapılması diyabet ve prediyabet tanısı konmasında faydalıdır. Bunun için APG 125 mg/dL’nin altında ise 75 g glukozlu sıvı içirildikten 2 saat sonra PG düzeyi ölçülür.
- Rastgele kan glukoz ölçümü: Diyabet semptomları (poliüri, polidipsi, ağız kuruluğu) varlığında rastgele bir zamanda ölçülen PG düzeyine dayanır.
- Glikozillenmiş hemoglobin A1c (HbA1c): Standardize edilmiş HbA1c ölçümü de diyabet

tanı kriterleri arasına girmiştir. HbA1c'nin açlık gerektirmemesi, akut hastalık ve stres durumlarında değişkenlik göstermemesi gibi avantajları olmakla birlikte; daha pahalı olması, PG ölçümü kadar yaygın olmaması, (bazı tayin yöntemleri ile) kan kaybı, hemoliz, hemoglobinopati, anemi gibi nedenlerden etkilenmesi gibi dezavantajları vardır.

Tablo 2. Prediyabet ve Diyabet Tanı Kriterleri

TANI	TANI YÖNTEMİ			
	APG* (mg/dL)	OGTT 2.stPG* (mg/dL)	HbA1c** (%)	Random PG* (mg/dL) + Diyabet Semptomları
PREDİYABET				
Bozulmuş Açlık Glukozu (BAG)	100 - 125	-	-	-
Bozulmuş Glukoz Toleransı (BGT)	-	140 – 199	-	-
Kombine Glukoz Tolerans Bozukluğu (BAG + BGT)	100 - 125	140 – 199	-	-
Yüksek Risk Grubu	-	-	5.7 – 6.4	-
DİABETES MELLİTUS				
Aşıkâr Diyabet	≥126	≥200	≥6.5	≥200

*Glisemi venöz plazmada glukozoksidaz yöntemi ile 'mg/dL' olarak ölçülür.

**Standardize bir yöntemle ölçülmelidir.

APG: Açlık plazma glukoz, 2. st PG 2. saat plazma glukoz, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, HbA1c: Glikozillenmiş hemoglobinA1c.

3. Prediyabet

Normal glukoz metabolizması ile aşikar diyabet arasındaki süreç ‘prediyabet’ olarak adlandırılır. Bu süreç, normal kan glukoz değerleri ile diyabetik değerler arasında gri bölge olarak ifade edilebilir. Tablo1.4’de gösterildiği gibi prediyabet tanımlamasına giren durumlar şunlardır.

- Bozulmuş Açlık Glukozu (BAG): APG düzeyinin 100- 125 mg/dL arasında olması
- Bozulmuş Glukoz Toleransı (BGT): 75 g glukozlu OGTT testinde 2. st PG düzeyinin 140-199 mg/dL arasında olması
- Kombine Glukoz Tolerans Bozukluğu (BAG + BGT): APG düzeyinin 100- 125 mg/ dL ile birlikte 75 g glukozlu OGTT testinde 2. st PG düzeyinin 140-199 mg/dL arasında olması
- Yüksek Risk Grubu (YRG): HbA1c’nin %5.7-6.4 arasında olması.

Prediyabet, ileride diyabet gelişme riskinin yüksek olduğunun bir göstergesidir ve sadece diyabet için değil, kardiyovasküler hastalıklar için de yüksek risk oluşturur. BAG ve BGT obezite, dislipidemi ve hipertansiyon ile ilişkilidir. Popülasyon özelliklerine ve prediyabet tanımına göre değişmekle birlikte, çalışmalarda yılda %5-10 prediyabetli bireyin diyabet aşamasına geçtiği gösterilmiştir. BAG saptanan bireylerin kardiyovasküler hastalık riski BGT, BAG+BGT veya YRG kategorilerine göre daha düşüktür. Öte yandan BAG, diğer prediyabet kategorileri ile birlikte de görülebileceğinden BAGsaptanan bireylerde HbA1c veya OGTT ile de araştırma yapılması uygun olacaktır.

4. Diyabet Tarama Kriterleri

Tip 1 diyabet için rutin tarama önerilmemektedir. Tip 2 diyabet taraması yapılmasını gerektiren risk grupları Tablo 3’de özetlenmiştir.

Tablo 3. Tip 2 Diyabet Risk Grupları ve Tarama Kriterleri

Vücut ağırlığı ne olursa olsun 40 yaşından itibaren 3 yılda bir, tercihen Açlık Plazma Glukoz (APG) ölçümü ile diyabet taraması yapılmalıdır.
BKİ ≥ 25 kg/m ² olan asemptomatik kişilerin, aşağıdaki risk gruplarından birine mensup olmaları halinde, daha genç yaşlardan itibaren ve daha sık (örneğin yılda bir kez) diyabet yönünden araştırılmaları gerekir:
Birinci ve ikinci derece yakınlarında diyabet bulunan kişiler
Diyabet prevalansı yüksek etnik gruplara mensup kişiler
Makrozomik (doğum tartısı 4 kg veya üzerinde olan) bebek doğuran veya daha önce GDM tanısı almış kadınlar
Hipertansif bireyler (KB $\geq 140/90$ mmHg)
Dislipidemikler (HDL-kol<35 mg/dL veya trigliserid $\geq$ mg/dL)
Polikistik over sendromu (PKOS) olan kadınlar
Uzun süreli kortikosteroid ya da antiretroviral ilaç kullanan hastalar
Solid organ (özellikle renal) transplantasyonu yapılmış hastalar
İnsülin direnci ile ilgili klinik hastalığı veya bulguları (akantozis nigrikans) bulunan kişiler
Koroner, periferik veya serebral vasküler hastalığı bulunanlar
Düşük doğum tartılı doğan kişiler
Sedanter yaşam süren veya fizik aktivitesi düşük olan kişiler
Doymuş yağlardan zengin ve posa miktarı düşük beslenme alışkanlıkları olanlar
Şizofreni hastaları ve atipik antipsikotik ilaç kullanan kişiler
Daha önce prediyabet (BAG, BGT veya YRG) saptanan bireyler yılda bir kez ve GDM tanısı almış kadınlara 3 yılda bir kez diyabet taraması yapılmalıdır.

*Erişkinlerde Türk toplumuna özgü bel çevresi kesim noktaları

APG: Açlık plazma glukoz, BKİ: Beden kütle indeksi, GDM: Gestasyonel diabetes mellitus,

HDL-kol: Yüksek dansitelilipoprotein kolesterol, PKOS: Polikistik over sendromu.

5. Gestasyonel Diyabet Tarama ve Tanı Kriterleri

Gestasyonel diyabet tarama ve tanısı için ülkemizde 24.-28. gebelik haftasında iki yaklaşımdan biri uygulanabilir. Her iki yaklaşım Tablo 4’de verilmiştir.

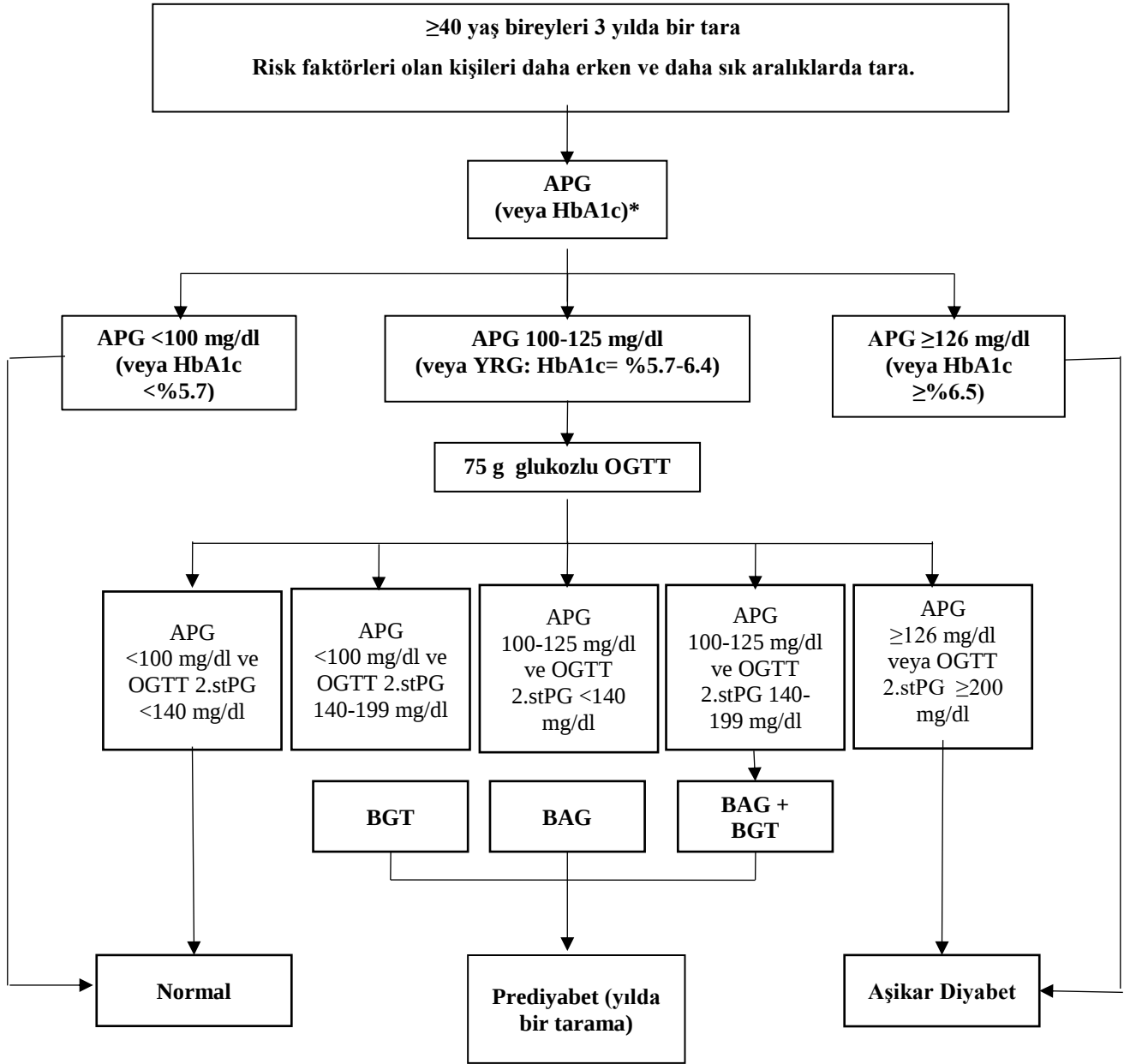
Tablo 4. Gestasyonel Diyabet için Tek Aşamalı (IADPSG) Tanı ve İki Aşamalı (Geleneksel) Tarama-Tanı Kriterleri

GLİSEMİ (mg/dL)	KESİM NOKTASI	
	TEK AŞAMALI	İKİ AŞAMALI
TARAMA TESTİ (50 g Glukoz 1.stPG)	-	140-180*
OGTT TANİ TESTİ	75 g Glukozlu	100 g Glukozlu
APG	≥ 92	≥ 95
1.stPG	≥ 180	≥ 180
2.stPG	≥ 153	≥ 155
3.stPG	-	≥ 140
Tanı Gereksinimi	≥ 1 değer	≥ 2 değer

*Tek aşamalı yaklaşımda 1. stPG>180 mg/dL ise 100 g glukozlu tanı testi yapılmasına gerek yoktur. Bu vakalar GDM gibi takip edilir.

GDM: Gestasyonel diabetes mellitus, IADPSG: Uluslararası Gebelik ve Diyabet Çalışma Grupları Birliği, APG: Açlık plazma glukoz, 1. st. PG, 2. st. PG ve 3. st. PG1,2 . ve 3.saatt plazma glukoz, OGTT: Oral glukoz tolerans testi.

ERİŞKİNLERDE DİYABET TARAMA VE TANI ALGORITMASI



Şekil 1. Erişkinlerde Tip 2 Diyabet Taraması ve Tanılama

*HbA1c tayinleri uluslararası standartlara uygun bir yöntemle yapılmalıdır.

BKİ: Beden kütle indeksi, APG: Açlık plazma glukoz, HbA1c: Glikozillenmiş HbA1c, YRG: Yüksek risk grubu, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, 2.stPG: OGTTde 2.saat plazma glukoz, BGT: Bozulmuş glukoz toleransı, BAG: Bozulmuş açlık glukozu.

Ayrıca risk faktörlerinden herhangi birine sahip nondiyabetik gebelerde, gebelik tespit edildiği anda gebe olmayan erişkinlerde olduğu gibi diyabet taraması yapılması tavsiye edilmektedir.

Erişkinlerde diyabet tarama ve tanı algoritması üstte yer alan Şekil 1’de gösterilmiştir

6. Laboratuvar Tetkikleri/Risk Değerlendirmesi

Yeni tanı almış hastada ayrıntılı anamnez alınır, fizik muayene ve gerekli laboratuvar testleri istenir.

7. Yeni Tanı Alan Diyabetliler

ANAMNEZ

- Şikayetler
- Beslenme ve fizik aktivite alışkanlıkları
- Sigara, alkol vb. alışkanlıkları
- Kadın hastalar için reproduktif yaşam ve obstetrik öykü
- Geçirdiği hastalıklar, ameliyatlar ve mevcut diğer hastalıklar
- Kullandığı ilaçlar
- Aile öyküsü (diyabet, kardiyovasküler hastalıklar) sorgulanır.

FİZİK MUAYENE

- Boy, kilo ve bel çevresi ölçümleri
- Kan basıncı
- Ayak muayenesi
- Ayrıntılı sistem muayenesi

LABORATUVAR TESTLERİ

- HbA1cdüzeyi
- Tam idrar tetkiki
- Hemogram
- Serum kreatinin
- Açlık lipid profili (trigliserid, total kolesterol, HDL kol ve LDL-kol)
- Aminotransferazlar (ALT ve AST)
- Tiroid stimulan hormon (TSH)
- Elektrolitler (özellikle eşlik eden durumlarda kullanılan ilaçlar nedeni ile gerekiyorsa) yapılır.
- Ayrıca ‘tahmini glomerüler filtrasyon hızı (estimated GFR: eGFR) hesaplanır.
- Spot idrarda albümin/kreatinin(mg/gr)
- FİB4 skorunun hesaplanması.

KONSÜLTASYONLAR

- Diyabet eğitimi
- Göz dibi muayenesi

- Diş ve dişeti muayenesi için diş hekimine
- Gerektiğinde diğer uzmanlık alanlarından (Dahiliye, Endokrinoloji, nöroloji, nefroloji, kardiyoloji, jinekoloji, psikiyatri vb) konsültasyon istenmelidir.

8. Daha Önce Diyabet Tanısı Almış Hastalar

HbA1c kontrol altında ise yani hedeflenen HbA1c değerinin 1.5’den fazlası değilse 6 ayda bir kontrol yeterlidir. HbA1c kontrol altında değilse (HbA1c hedeflenen değerin 1.5 veya daha üstünde ise) 3 ayda bir olmalıdır.

- Hastanın durumuna özgü olarak hedeflenen HbA1c değerine ulaşılması ideal olarak “kontrollü diyabet” olarak kabul edilir.
- Hastanın durumuna özgü olarak hedeflenmiş HbA1c değerinin 1.5 aşılması “kontrolsüz diyabet” olarak kabul edilir.
- Hastanın durumuna özgü olarak hedeflenen HbA1c değerine ulaşamaması fakat HbA1c yüksekliğinin hedeflenen değerden 1.5’tan daha az yükselmiş olması “glisemik kontrolü hafif bozulmuş diyabet” olarak kabul edilir.

ANAMNEZ (HER İZLEMDE)

- Diyabet ile ilgili semptomlar, laboratuvar sonuçları ve muayene bulguları
- Daha önceki HbA1c değeri
- Yeme alışkanlıkları, beslenme durumu, kilo öyküsü
- Egzersiz detayları
- Sigara ve alkol alışkanlığı, madde bağımlılığı
- Daha önceki tedavi programlarının detayları
- Şimdiki diyabet tedavisi (ilaçlar, öğün planı, evde glukoz takibi, glukometre veya sensör ile)
- Tedaviye uyumu
- Glukoz düzeyini etkileyebilecek diğer ilaçlar
- Ateroskleroz risk faktörleri (hipertansiyon, obezite, dislipidemi, aile öyküsü)
- Kronik komplikasyonlarla (göz, böbrek, sinir, genitoüriner, gastrointestinal, diyabetik ayak, periferik damar hastalığı, serebrovasküler olay) ilişkili belirtiler ve tedavi detayları
- Hipoglisemi sıklığı, derecesi ve nedenleri
- Akut komplikasyonlar (DKA, hiperglisemik hiperozmalar durum: HHD)
- Daha önceki veya şimdiki infeksiyonlar (cilt, ayak, diş, genitoüriner)
- Kontrasepsiyon, reproduktif yaşam, seksüel anamnez
- Depresif bulgular
- Aşılar (grip, pnömokok, hepatit B)
- Diyabet izlemine uyumunun değerlendirilmesi (beslenme ve diyabet eğitimi, konsültasyonlar) sorgulanır.

FİZİK MUAYENE (HER İZLEMDE)

- Boy, kilo ve bel çevresi ölçümleri, ayak muayenesi
- Kan basıncı
- Ayrıntılı sistem muayenesi (komplikasyonlara özgü muayene dahil)
- Hiçbir komplikasyonu olmayan diyabetli bireyde “kişinin 10 yıllık koroner kalp hastalığı riskinin hesaplanması (Klinik Uygulamada kullanmak üzere “Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzunun SCORE-2 risk tablosu)
- Diyabetik ayak değerlendirmesi (monofilament 10g, diapazon) (yılda en az bir kez)

LABORATUVAR TESTLERİ

- HbA1c (glisemik kontrolü sağlanmış hastada 6 ayda bir, sağlanamamış hastada 3 ayda bir her izlemde)
- Açlık kan glukoz (her izlemde)
- Tam idrar tetkiki (her izlemde)
- Spot idrarda albümin/kreatinin (oranı) (yılda bir kez)
- Lipid profili (yılda bir kez)
- Hemogram (yılda bir kez)
- Kreatinin ve eGFR (yılda bir)
- Aminotransferazlar (ALT ve AST, yılda bir kez)
- Elektrokardiyogram (EKG, 3-5 yılda bir kez)
- Elektrolitler (gerekliyse)
- TSH (gerekliyse)
- FİB4 skorunun hesaplanması, yılda bir kez (1,3 büyük eşit ise dahiliyeye, 2,67 büyük eşit ise gastroenterolojiye sevk önerilir.

KONSÜLTASYONLAR

- Diyabet eğitimi: kontrollü ise gerekli değil; kontrol altında değilse Diyabet hemşiresi ve diyetisyen, SHM’ye sevk (en az yılda bir kez, gerekiyorsa daha sık)
- Göz dibi muayenesi (ilk muayene normal ise tip 1 diyabetlide her yıl; tip 2 diyabetlide 1-2 yılda bir kez, retinopati varlığında uzmanın önereceği sıklıkta)
- Diş ve diş eti muayenesi (yılda bir kez, gerekiyorsa daha sık)
- Gerektiğinde diğer uzmanlık alanlarından (nöroloji, nefroloji, kardiyoloji, jinekoloji, psikiyatri vb) konsültasyon istenmelidir.

9. Diyabette İzlem Parametreleri Ve Sıklıkları

Diyabetli bireyler Tablo 3'deki parametreler açısından belirtilen sıklıkta izlemi yapılır (Tablo 3,4).

Tablo 3. Diyabet Tanısı Alan Birey İçin Yıllık Asgari Muayene Parametreleri ve Sıklıkları

Fizik Muayene	1. İzlem	Her izlem
	İlk İzlem / Yılın İlk izlemi	Kontrol altında ise 3- 6 ay içinde, kontrol altında değilse 3 ay sonra
Boy Ölçümü	√	
Kilo Ölçümü	√	√
Bel Çevresi	√	√
Kan Basıncı Ölçümü	√	√
Ayak muayenesi	√	√
Ayrıntılı sistem muayenesi (komplikasyonlar açısından sistemik değerlendirme)	√	

Tablo 4. Diyabet Tanısı Alan Bireylerde Laboratuvar Tetkikleri/Risk Değerlendirmesi Parametreleri ve Sıklıkları

Tetkikler	1. İzlem	2. İzlem	3. İzlem
	İlk İzlem	Kontrol altında değilse 3. ayda, kontrol altında ise en geç 6 ay	2. İzlemde HbA1c kontrol altında ise en geç 6 ay ara ile/değilse 3 ay ara ile kontrole devam edilir
Açlık Kan Glukozu	√	√	√
HbA1c	√	√	√
Hemogram	√	√	√
TİT	√	√	√
Spot idrarda albümin/kreatinin oranı (yılda bir kez)	√		
Lipid Profili (Total Kolesterol, LDL Kolesterol, HDL, Trigliserid) Yılda bir kez	√		
ALT, AST ve serum kreatinin ölçümü, eGFR (yılda bir kez)	√		
EKG (3- 5 yılda bir kez)	√		
<u>Gerekliyse</u> elektrolitler, TSH	√		
<u>FİB4</u>	√		

10. HbA1c Hedefine Ulaşılma Süresi

Yeni tanı almış tip 2 diyabetlide ilk 6 ay içinde HbA1c hedefine ulaşılması beklenir. Eski diyabetlilerde (diyabet süresi 15 yılın üzerinde olan hastalar “eski diyabetli olarak kabul edilir) hedef HbA1c kişiye göre değişir. Hedefe 6 ayda ulaşılmaya çalışılır, ulaşılmıyorsa kişi sevk edilmeli, sevk sonrası yeniden izleme alınmalıdır.

- Yeni tanı sırasında veya herhangi bir zamanda metabolik dekompanasyon (son birkaç hafta içinde semptomatik hiperglisemi ve kan glukoz ≥ 250 mg/dL veya HbA1c ≥ 9) gelişirse insülin tedavisine başlanmalıdır.
- Son bir yıl içinde iki kez HbA1c değeri hedefin 1.5 veya üstünde saptanırsa (kontROLSÜZ diyabet olarak tanımlanır) kişi ikinci basamağa sevk edilmelidir.

Tablo 4. Diyabet Tanısı Alan Bireylerde Glisemik Kontrol Hedefleri

Glisemik Kontrol Hedefleri	
HbA1c	Amaç
≤ 6.5	Hipoglisemi riski düşük [insülin, sulfonilüre veya glinid kullanmayan)* Habersiz (adrenajik semptomları olmadan gelişen) hipoglisemi ya da tekrarlayan ciddi (başkasının yardımını gerektiren) hipoglisemi atakları olmayan] Tip 2 diyabetli yetişkinlerde (alt kategorilerdeki sorunları taşımayan diyabetlilerde) Gebe (diyabette gebelik sevk endikasyonudur) veya gebelik planlayan kadınlar.
≤ 7.0	Komplikasyonları ileri derecede olmayan tip 1 diyabetliler (18 yaş ve üzeri) veya tip 2 diyabetliler) Gebe kalmayı planlayan kadınlarda, ciddi bir komplikasyon veya önemli bir eşlik eden hastalık varsa.
%7.1	%7.1-8.0: ☐ İşlevsel olarak bağımlı hastalar [Bunlar fiziksel ve/veya bilişsel olarak başkasının yardımına muhtaç olan hastalardır. Bu durum “Klinik Kırılganlık Ölçeği” ile belirlenir. Hastalar 1 (çok dinç) ile 9 (yaşamının sonuna gelmiş) olarak ölçeklendirilir. Burada hafif ve orta derecede kırılgan; yani kırılganlık skoru 3-6 arası olan hastalar kastedilmektedir. Ölçek HYP’de yer almakta ve 65 yaş ve üstüne uygulanmaktadır.
	%7.1-8.5: ☐ Tekrarlayan ciddi (başkasının yardımını gerektiren) hipoglisemi veya habersiz (adrenajik semptomları olmadan gelişen) hipoglisemi atakları. Örneğin son 3 ay içinde sistemde kayıtlı 50 mg/dl altındaki kan glukoz sonucu olanlar; ayrıca son 3 ay içinde hipoglisemi nedeniyle acil polikliniğine başvuru] olan hastalar.
	%7.1-8.5 ☐ Yaşam beklentisi kısıtlı hastalar (Yaşam beklentisi 5 yılın altında olanlar). Ör. TÜİK tarafından Türkiye’de 2021-2023 döneminde ortalama yaşam beklentisi erkekler için 74,7 yıl, kadınlar için 80 yıl olarak belirlenmiştir. Bu durumda 70 yaşın üzerindeki erkek hastalar ve 75 yaşın üzerindeki kadın hastalar “yaşam beklentisi kısıtlı hastalar” olarak alınabilir.
%8.5	%7.1-8.5: ☐ Kırılgan yaşlılar Yukarıda ilk satırda anlatılan “Klinik Kırılganlık Ölçeği”ne göre ileri derecede kırılgan olan yani kırılganlık skoru 7-9 arası olan hastalardır veya demans/Alzheimer hastaları.
*İnsülin ve sulfonilüre yüksek riskli; Glinid orta riskli; metformin, DPP-4 İNH, pioglitazon, SGLT2 inh., alfa glukozidaz İnh. ve GLP-1RA düşük riskli olarak kabul edilir.	

Not: Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak, hastalıklarının öz yönetimini kolaylaştırmak ve sağlık kuruluşlarındaki fiziksel başvuru yoğunluğunu azaltmak için gereken hastalarda uzaktan sağlık hizmeti (Tele Sağlık) kapsamında Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi ile hastanın izlemi yapılabilir.

BÖLÜM 4- OBEZİTE TARAMA VE İZLEMİ (ERİŞKİN)

1. Anamnez

- Beslenme düzeni ve bozuklukları açısından öykü alımı (Öğün atlama, ayaküstü hızlı gıda tüketim sıklığı, öğün sayısı, tıknırcasına yeme, gece yemek yeme alışkanlığı)
- Fiziksel aktivite öyküsü (Ekran karşısında geçen süre, egzersiz sıklığı ve yoğunluğu)
- Ağırlık artışı süreci (Doğum ağırlığı, çocukluk, okul yılları, evlenme, gebelik süreci ve sonrası ağırlıkları, son dönemdeki ağırlık değişimi)
- Ağırlık kaybı için önceden yaptığı uğraşlar (Beslenme, egzersiz, medikal, paramedikal) ve sonuçları
- Obezite ile ilişkili hastalıkların sorgulanması
- Kullanılan ilaçların değerlendirilmesi
- Obezite ile ilişkili aile öyküsü
- Kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesi

2. Fizik Muayene

- Boy ve vücut ağırlığı ölçülerek beden kütle indeksi (BKİ) belirlenmesi
- Bel çevresi ölçümü ($BKİ < 35 \text{ kg/m}^2$ ise)
- Ayrıntılı sistemik fizik muayene
- Kan basıncı ölçümünde uygun manşon kullanılması
- Obeziteye neden olabilecek veya eşlik eden hastalıklara ait bulguların aranması (Cushing striaları, hirsutizm, akantosis nigrikans vb.)

3. Obezite Nedenleri

Obezite kronik ilerleyici ve tekrarlayıcı bir hastalıktır. Obezitenin nedeni pozitif enerji dengesidir. Gıdalarla alınan enerji, istirahat ve fiziksel aktivite sırasında harcanan enerjiden fazla olduğunda bu fazlalık yağ dokusu olarak depolanır. Gıda alımını tetikleyen tüm faktörler (genetik nedenlerle iştah merkezinin baskılanamaması, çevresel uyaranlar, sosyo-kültürel nedenlerle yüksek enerjili gıdaların tüketimi, ilaçlar vb.), bazal metabolizma hızını etkileyen faktörler (yaş, cinsiyet, kas kütlesi, hormonal nedenler vb.) ve yetersiz fiziksel aktivite, obezite gelişmesinde rol oynayan çeşitli nedenler arasında sayılabilir.

Obeziteye Neden Olan ve İlişkili Durumlar

1. **Dengesiz beslenme:** Fazla kalori alımı. Karbonhidrat, protein veya yağın herhangi birisinin aşırı tüketildiği beslenme alışkanlıkları.
2. **Yetersiz fiziksel aktivite**
3. **Endokrin hastalıklar**
 - a) Tip 2 Diyabetes Mellitus
 - b) PKOS (Polikistik Over Sendromu)

- c) Hipotiroidi
- d) Cushing Sendromu
- e) Hipogonadizm
- f) Büyüme hormonu yetmezliği

4. Obezite ile seyirli genetik sendromlar

- a) Mendel geçişli sendromlar (Laurence-Moon Biedl Sendromu, Prader Willi Sendromu, Alström Sendromu vb.).
- b) Monogenik sendromlar (Leptin reseptör gen mutasyonları, Leptin eksikliği vb.)

5. İlaçlar

- a) Kardiyovasküler ilaçlar
 - Beta-blokerler: Propranolol, atenolol, metoprolol
 - Eski veya az lipofilik dihidropiridin grubu kalsiyum kanal blokerleri (ödem nedeniyle ağırlık artışına neden olabilir): Nifedipin, amlodipin, felodipin
- b) Psikiyatrik ilaçlar
 - Trisiklik antidepresanlar: Amitriptilin, doksepin, imipramin
 - Atipik antipsikotikler: Klozapin, olanzapin
 - Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (örn. paroksetin)
 - Monoamin oksidaz inhibitörleri
 - İzokarboksazid
 - Mirtazapin
 - Duygu durum düzenleyiciler: Gabapentin, lityum, valproat, vigabatrin
- c) Diyabet ilaçları: İnsülin, sülfonilüre, tiazolidinedion, meglitinid
- d) Nörolojik ilaçlar: Karbamazepin, gabapentin, pregabalin, valproat, amitriptilin, paroksetin
- e) Hormon preparatları: Glukokortikoidler, östrojenler, progesteron (özellikle enjeksiyon veya implantasyon yolu ile kullanılanlar)
- f) Kemoterapötikler: Tamoksifen, siklofosfamid, metotreksat, 5-florourasil, aromataz inhibitörleri, kortikosteroidler

4. Obezitenin Oluşumunda Rol Oynayan Risk Faktörleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Öğrenim düzeyi
- Evlilik
- Gebelik sayısı ve doğumlar arası süre
- Beslenme alışkanlıkları
- Sigaranın bırakılması ve alkol alışkanlığı

- Sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik durum
- Genetik faktörler
- Arkadaşlarının veya aile bireylerinin obeziteli olduğu bir çevrede yaşamak

5. Boy Uzunluğu, Vücut Ağırlığı, Bel Çevresi Ölçümleri ve Önemi

Obeziteden şüphelenmek için inspeksiyon yeterli gibi görünmekle birlikte, her bireyin mutlaka BKİ ve bel çevresi ölçümü ile değerlendirilmesi gereklidir. Tanı için klinik uygulamalarda genellikle boy ve ağırlık ölçümü ile BKİ hesaplanması ve bel çevresi ölçümleri kullanılır.

BKİ, kilogram olarak vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanır (kg/m^2). BKİ'ye göre obezite sınıflaması Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Yetişkinlerde BKİ'ye Göre Obezite Sınıflaması

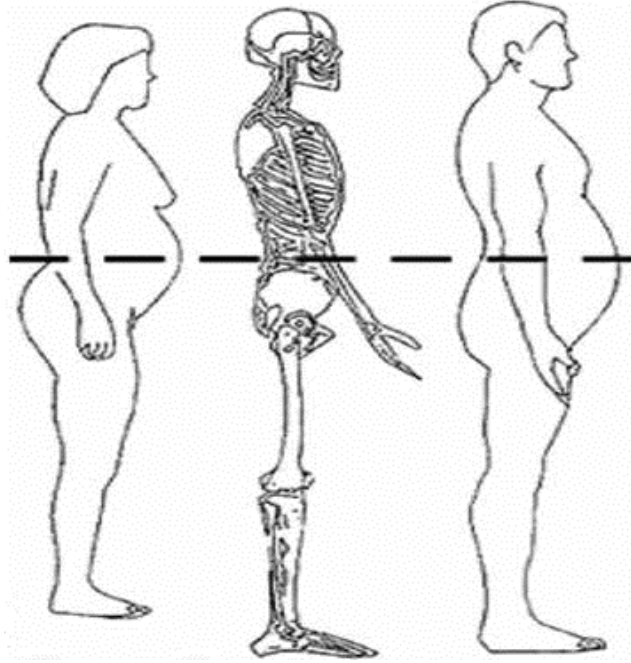
Sınıflama	BKİ (kg/m^2)
Zayıflık	<18,5
Normal	18,5-24,9
Fazla kiloluluk	25-29,9
Obezite	≥ 30
Evre 1	30-34,9
Evre 2	35-39,9
Evre 3	≥ 40

BKİ, obezitenin tanısı ve vücut yağ dağılımının ortaya konması için her zaman iyi bir gösterge olmayabilir. Özellikle sporcu ve kas dokusu gelişmiş kişilerde yüksek BKİ değerleri olmasına rağmen yağ dokusu artmamış olabilir. Öte yandan zayıf, çelimsiz gibi gözüken ve BKİ değerleri normal gibi gözüken kişilerin visceral obeziteyi olabilir. Bu kişiler metabolik ve kardiyovasküler açıdan riskli olmasına rağmen gözden kaçabilir. Bu nedenlerle obezitenin tespiti için tek başına BKİ değerlerini değil, aynı zamanda bel çevresi ölçümlerini de kullanmak gereklidir. BKİ hesaplaması kadın ve erkekler için ayrı risk tahminlerine olanak tanımazken, bel çevresi ölçümü ile kadınlar ve erkekler için farklı kesme noktaları ile risk belirlemek mümkündür (Tablo 2). Bununla birlikte $\text{BKİ} > 35 \text{ kg/m}^2$ olan hastalar için bel çevresinin tanısal katkısı ortadan kalkar.

Tablo 2. Yetişkinlerde Bel Çevresi Ölçümünün Değerlendirilmesi

	Kadın (cm)	Erkek (cm)
Fazla kiloluluk	≥ 80	≥ 90
Obezite	≥ 90	≥ 100

Bel çevresi ölçümü her iki spina iliaka anterior superiordan geçen ve yere paralel olarak tutulan bir mezura yardımıyla yapılır. Ölçüm sırasında hasta inspiryum yapmaz, üzerinde giysi olmaz, ölçüm yapılan bel etrafında, mezura beli fazlaca sıkmadan tutulur (Şekil 1).



Şekil 1. Bel Çevresi Ölçümü

6. Laboratuvar Tetkikleri ve Klinik Değerlendirme

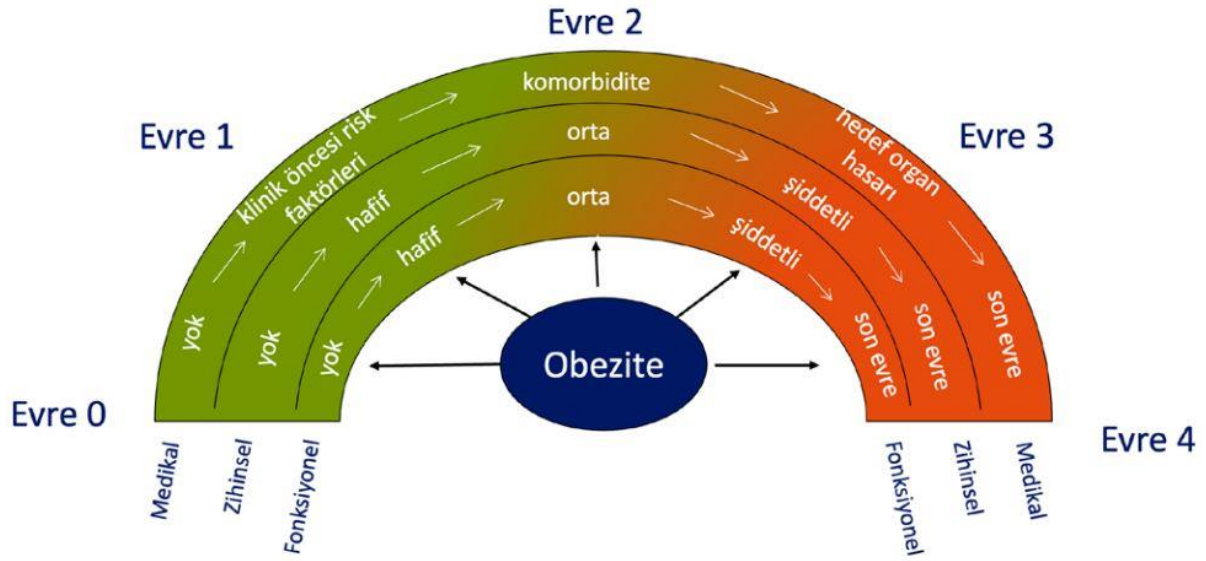
- Açlık kan şekeri
- Total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol ve trigliserid
- AST, ALT ve kreatinin
- Hemogram
- TSH
- Gerekirse eşlik eden hastalıklar için ileri tetkik istenir (örn. kortizol vb.).

Tarama amacıyla gelip obezite saptanan bireylerden yukarıda belirtilen laboratuvar tetkikleri istenir. Obeziteli hastaların izlemleri sürecinde tetkikler yılda bir kez tekrarlanır. Laboratuvar tetkikleri 8-12 saatlik açlık sonrası venöz plazmadan yapılmalıdır. Son 3 ay içerisinde sistemde kayıtlı tetkikleri varsa istenmez. Obezite saptanan bireyler için klinik değerlendirme kriterleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Obeziteli Bireylerde Klinik ve İşlevsel Değerlendirme (Edmonton Evrelemesi)

Evre	Tanım	Tedavi Yaklaşımı
0	Obeziteye eşlik eden hastalık, psikopatoloji veya işlevsel kısıtlılık yok. (Ör: Normal kan basıncı, serum lipidleri, açlık glikozu, GFH>90 ml/dk vb.)	Ağırlık artışına katkıda bulunan faktörlerin belirlenmesi. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam tarzı önlemleri yoluyla daha fazla ağırlık artışını önlemek için danışmanlık.
1	Obezite ile ilişkili preklinik durumlar, hafif fiziksel semptomlar, psikopatoloji veya fonksiyonel kısıtlılar (Ör: Pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi (LDL-K>130 mg/dl, Total-K>200 mg/dl, HDL-K<40 mg/dl, trigliserid >150 mg/dl), yağlı karaciğer hastalığı (Fib-4 Skoru<1,3), karaciğer enzim yüksekliği, GFH:60-90 ml/dk, orta derecede eforla nefes darlığı, eklem ağrıları, yorgunluk vb.)	Ağırlıkla ilgili olmayan diğer risk faktörlerin araştırılması. Daha fazla ağırlık artışını önlemek için diyet ve egzersiz dahil olmak üzere daha yoğun yaşam tarzı müdahaleleri. Risk faktörlerinin ve sağlık durumunun izlenmesi.
2	Obezite ile ilişkili hastalıklar, günlük yaşam aktivitesi veya iyilik halinde orta derece kısıtlılar (Ör: Hipertansiyon, T2DM, OSAS, yağlı karaciğer hastalığı (Fib-4 Skoru>1,3), osteoartrit, gastroözefajial reflü, PKOS, kaygı bozukluğu, depresyon, eğitimi veya günlük yaşamını aksatan psikolojik sorunlar vb., GFR:30-60 ml/dk)	Tüm davranışsal, farmakolojik ve cerrahi tedavi seçeneklerin dikkate alındığı obezite tedavisinin başlanması. Komorbiditelerin yakından izlenmesi ve yönetimi.
3	Obeziteyle ilişkili organ hasarları, ciddi fiziksel kısıtlılar, psikopatolojiler (Ör: Miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, GFH<30 ml/dk, diyabetin komplikasyonları, hareketi önemli ölçüde kısıtlayan osteoartrit vb.)	Davranışsal, farmakolojik ve cerrahi tedavi seçeneklerinin yoğun biçimde uygulandığı obezite tedavisi. Komorbiditelerin agresif yönetimi.
4	Obeziteyle ilişkili hastalıklara bağlı ileri düzeyde (potansiyel olarak son dönem) sakatlıklar, çalışma gücünü bozan ciddi psikopatolojiler, ciddi fonksiyonel kısıtlamalar veya iyilik halinde ciddi bozukluklar (Ör: Karaciğer sirozu, istirahat dispnesi, tekerlekli sandalyeye bağlı hasta vb.)	Mümkünse agresif obezite tedavisi. Günlük yaşam aktivitelerini yapabilme becerisi kazandıran, günlük yaşamında kendine yeter hale gelmeyi amaçlayan tedaviler, ağrı yönetimi, psikososyal destek.

GFH: Glomerüler filtrasyon hızı, LDL-K: Düşük dansiteli lipoprotein kolesterol, Total-K: Toplam kolesterol, HDL-K: Yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol, Fib-4 Skoru: Fibrosis-4 Skoru Yaş ([yıl] x AST [U/L]) / ((PLT [10(9)/L]) x (ALT [U/L])(1/2)), T2DM: Tip 2 Diabetes Mellitus, OSAS: Obstrüktif uyku apne sendromu, PKOS: Polikistik over sendromu



Şekil 2. Edmonton Obezite Evreleme Sistemi

Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu (2024). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu; Ankara (ISBN 978-625-95378-0-1).

7. Tedavi ve İzlem Yaklaşımı

- Hastaya yeterli süre ayırın.
- Hastanın yaşam tarzı ile hastalık arasındaki ilişkiyi anladığından emin olun.
- Yaşam boyunca devam etmiş olan alışkanlıkları değiştirmenin zor olabileceğini ve yavaş yavaş ortaya çıkıp devam ettirilen değişikliğin genellikle daha kalıcı olduğunu kabul edin.
- Hastayı da sürece dahil ederek yaşam tarzı değişikliği konusundaki motivasyonunu artırın.
- Değiştirilecek potansiyel engelleri araştırın.
- Davranışlar ve sağlık arasındaki ilişkiyi anlamak için bireylere yardım edin.
- Davranış değişikliği konusundaki engelleri değerlendirmede bireylere yardımcı olun.
- Yaşam tarzı değişim planı tasarlayın.
- Tedavi planı geliştirin.
- Diğer sağlık çalışanlarını sürece katın.

Sevk Kriterleri

1. $BKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$
2. $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ve Edmonton Evre 3 ve 4

- Edmonton Evre 2 hastalar da hekimin klinik değerlendirmesine göre sevk edilebilir.

Sevk kriterlerinden birini taşıyan hastalar obezite merkezine/endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya iç hastalıkları polikliniğine sevk edilmelidir.

Obezite İzlem Sıklıkları ve Parametreleri

Obeziteli bireyler sevk kriteri yok ise izleme alınır ve ilk yıl 1, 4, 7 ve 10. aylarda ve sonrasında 6 ay arayla, Tablo 4'teki parametreler açısından izlemi yapılır.

Tablo 4. Obezite Tanısı Alan Bireyler İçin İzlem Parametreleri

Parametreler	Tarama/İlk muayene	İzlemler
Boy	√	-
Ağırlık	√	√
Bel çevresi	√	√
Kan basıncı	√	√
Nabız	√	√
Beslenme davranışlarındaki değişikliklerin sorgulanması	√	√
Fiziksel aktivite düzeyindeki sorgulanması	√	√

8. Kayıt

HYP/AHBS/HBYS'ye izlem kriterleri, kılavuza uygun içerikle kaydedilmelidir. Hasta kaydı kapatılmadan önce doğru tanı kodu seçimi yapılmalıdır.

ERİŞKİN OBEZİTELİ BİREYLERDE TARAMA VE İZLEM ALGORİTMASI

18 yaşından büyük bireyleri obezite taraması yapmak için davet
(başka bir nedenle başvuru, SMS, telefon, e-posta vb. yoluyla) edin.

Davet sonucu gelen kişileri değerlendirin ve aşağıdaki bilgileri kaydedin

Anamnez alın

- Beslenme düzeni ve alışkanlıkları
- Fiziksel aktivite (egzersiz, ekran kullanımı vb.)
- Ağırlık kaybı uğraşları ve sonuçları
- Geçirilmiş hastalıklar ve ilaç kullanım öyküsü
- Obeziteye ilişkin aile öyküsü
- Kardiyovasküler risk faktörleri

Muayene Edin

- Kan basıncı
- Nabız
- BKİ (Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu)
- Bel çevresi (BKİ<35 kg/m² ise)

**BKİ≥30 kg/m² veya
Bel Çevresi:
K ≥90 cm / E ≥100 cm**

Laboratuvar Testlerini Uygulayın

- AKŞ ve kan lipid düzeyleri
- AST, ALT, kreatinin, TSH
- Hemogram
- Eşlik eden hastalık varsa gerekli diğer tetkikler

Tedavi ve sevk kararı için klinik ve işlevsel değerlendirmeyi yapın (Edmonton Evrelemesi).

BKİ≥40 kg/m² olan hastalar ile BKİ≥30 kg/m² ve Edmonton Evre 3 ve 4 hastaları sevk edin. Edmonton Evre 2 hastalar klinik değerlendirmeye göre sevk edilebilir.

Bireyin ağırlık hedefine ulaşmak için stratejilerinizi belirleyin.

- BKİ 30-40 kg/m² arasında olup Edmonton Evre 0 veya 1 olan ya da sevk edilmeyen Edmonton Evre 2 hastaları izleme alın.
- Altı ayda %5-10 ağırlık kaybı hedeflenmelidir.
- Yaşam tarzı değişikliklerini (sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sigara bırakma, alkol bırakma) önerin.
- İzleme alınan hastalara İlçe Sağlık Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi ve Sağlıklı Hayat Merkezlerinde ilgili sağlık profesyonellerinden (hekim, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog) destek almasını sağlayın.

Hedefe ulaşmak için hayat tarzı değişikliklerini kontrol edin

- İzleme alınan hastaları ilk yıl 1, 4, 7 ve 10. aylarda, sonrasında 6 ay arayla izleme davet edin.
- Yaşam tarzı değişiklikleri önerilerini hatırlatın.
- İlgili sağlık profesyonellerinden (hekim, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog) destek almasını hatırlatın.

Altı ay boyunca hedef vücut ağırlığı değerine ulaşamayan hastaları obezite merkezine/ endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya iç hastalıkları polikliniğine sevk edin.

Hedefine ulaşan hastanın tedavisini sürdürün.

9. Erişkinler İçin Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Önerileri

Yeterli ve Dengeli Beslenme: “Yeterli ve dengeli beslenme” büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılmasıdır.

Besin (Yiyecek, Gıda): Diyet örüntümüzde yer alan besin öğelerini ve biyoaktif kimyasal maddeleri içererek beslenme desteği sağlayan hayvan, bitki ve mantar kaynaklı dokulardır.

Besin Ögesi: Besinler “besin ögesi” denilen yapı taşlarından oluşur. Günlük diyetle fazla miktarda alınanlara “makro besin öğeleri”, vücutta işlevleri çok önemli olmasına karşın az miktarda gereksinim duyulan ve alınanlara da “mikro besin öğeleri” denilir.

Yeterli ve Dengeli Beslenme Önerileri

Enerji dengesinin sağlanması ve vücut ağırlığı yönetimini başarılı bir şekilde sürdürebilmek için günlük enerji gereksinimlerini bilmek, o doğrultuda yeterli ve dengeli beslenmek önemlidir. Yeterli ve dengeli beslenme için 5 temel grupta yer alan besinler, diyetisyen tarafından belirlenen şekilde her bireye özgü miktarlarda tüketilmelidir. Temel besin grupları şunlardır:

1. Süt ve ürünleri
2. Et-tavuk-balık, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar-sert kabuklu yemişler
3. Sebzeler
4. Meyveler
5. Tahıllar

Fazla Kilolu ve Obeziteli Bireyler İçin Sağlıklı Beslenme Önerileri

- Boy uzunluğuna uygun vücut ağırlığı hedeflenmeli, sağlıklı vücut ağırlığı korunmalıdır (BKİ: 18,5-24,9 kg/m²).
- Yeterli ve dengeli beslenme ilkelerine uygun olacak şekilde günde üç ana öğün tüketilmelidir. Özellikle kahvaltı öğünü atlanmamalıdır; kahvaltı öğününün tüketilmesi sağlıklı vücut ağırlığının sürdürülmesini ve gün boyunca aktif olmayı sağlar.
- Öğünlerde farklı besin gruplarından çeşitli besinler tüketilmelidir.
- Öğünler tüketilirken yemek dışında farklı bir uğraş içinde olunmamalıdır (televizyon izleme, gazete okuma, cep telefonu kullanma vb.).
- Öğün aralarında enerji içeriği düşük olan besinler (önerilen porsiyonlarda meyve, sebze, süt, ayran vb.) tüketilmeli ve sağlıklı besin seçimine özen gösterilmelidir.

- Kan şekerini yükselten, yüksek karbonhidrat içeren, toplam ve doymuş yağ içeriği yüksek olan yiyeceklerin (şeker, çikolata, kek, pasta, börek, çörek, yağlı veya kremalı ve içeriği bilinmeyen her tür yiyecek) tüketiminden kaçınılmalıdır.
- Enerji içeriği yüksek olan içecekler (şeker eklenmiş gazlı veya gazsız içecekler, hazır meyve suları, alkollü içecekler vb.) sınırlı miktarlarda tüketilmelidir. Bunların yerine su, süt, ayran, taze sıkılmış meyve suyu gibi sağlıklı içecekler tercih edilmelidir.
- Vücut ağırlığının denetiminde posa içeriği yüksek olan besinler tüketilmelidir. Posa tüketiminin artması doyumunu artırır, açlık hissini azaltır; bu durum vücut ağırlığı yönetimi için önemlidir. Diyet posasının artırılması için beyaz ekmek yerine tam tahıl ürünleri, pirinç yerine bulgur pilavı, sebze ve meyve sularının yerine sebze ve meyvenin kendisi tüketilmelidir. Kuru baklagillerin tüketimi artırılmalıdır.
- Yiyecekler iyice çiğnenmeli, yavaş yavaş tüketilmelidir.
- Su ve içecek tüketimine özen gösterilmeli, yetişkin bireyler için günlük 8-10 su bardağı altına düşmemelidir.
- Sağlıklı beslenebilmek için haftalık menü planı yapılmalı ve bu doğrultuda alışveriş listesi oluşturulmalıdır. Açken yiyecek ve içecek alışverişi yapılmamalıdır.
- Besinler diyetisyen tarafından bireye özgü planlanmış porsiyonlarda tüketilmeli, aşırıya kaçılmamalıdır.
- Yağ ve/veya şeker miktarı azaltılmış (diyet/light) ürünler, her zaman düşük enerji içermez. Bu ürünlerin tüketiminde dikkatli olunmalı ve diyetisyene danışmadan tüketilmemelidir.
- Hızlı ağırlık kaybına neden olan popüler diyetler ve kontrolsüz zayıflama ilaçları kesinlikle uygulanmamalıdır.
- Fazla kilolu ve obeziteli bireylerin zayıflama diyeti önerisi sadece diyetisyen danışmanlığı ile belirlenmelidir.

Sağlıklı Yemek Tabakı

Artan fazla kiloluluk ve obezite düzeylerine bağlı olarak bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmakta; ayrıca çeşitli elzem besin öğelerinin yetersizliklerinin görülme sıklığı da dikkat çekmektedir. Bunların önlenmesi halk sağlığı, toplum üretkenliği ve iş gücü yönünden önem taşımaktadır.

Sağlıklı yaşam biçiminde; fizyolojik ve mental sağlık için kaliteli beslenme ile fiziksel aktivitenin beraber olması, verimliliği ve üretkenliği artırır. Bireylerde ve toplumda sağlıklı yaşam biçimi yaklaşımı farkındalığının artırılması ve kolay anlaşılır olması amacıyla beş besin grubu için “besin gruplarına göre tabak modeli” betimlenmiştir. Beslenme örüntü modeli tabak; besin çeşitliliğine

dayalı olarak yiyecek grupları ve içerdikleri enerji ve besin öğelerine göre oluşturulmuştur. Tabakta saatin işleyiş yönünde sırasıyla; süt ve ürünleri (yoğurt, ayran, peynir vb.) grubu, et ve et ürünleri (tavuk, balık, yumurta), kuru bakliyatlar (mercimek, kuru fasulye, nohut vb.) ve yağlı tohumlar (ceviz, fındık, badem) grubu, taze meyveler grubu, taze sebzeler grubu, ekmek ve tahıllar (bulgur, pirinç vb.) grubu görülmektedir. Bu gruplarda yer alan yiyeceklerden sağlıklı seçim yapılabilmesi için renk çeşitliliğine, yapısal özelliklerine, bireyin yaşına ve cinsiyetine, sağlık ve hastalık durumuna, fiziksel aktivite ve fizyolojik durumunun (gebelik, emzicilik vb.) özelliklerine dayalı olarak; posa, yağ, tuz ve eklenmiş şeker içeriklerinin dikkate alınması gerekir. Hedef her öğünde tabakta yer alan her gruptan bir yiyeceğin seçilerek tüketilmesidir. Tabağın hemen yanında yer alan suyun günlük beslenmede önerilen miktarda alınmasının sağlanması, yine günlük beslenmede zeytinyağının yer alması ve aktif yaşamın desteklenmesi sağlıklı yaşam biçiminin tamamlayıcısı olarak önem taşımaktadır.



Şekil 3. Sağlıklı Yemek Tabağı

Fazla Kilolu ve Obeziteli Bireylerde Tıbbi Beslenme Tedavisi

Tıbbi Beslenme Tedavisinin Temel Amaçları

- a) Kas kütlelerinin korunması ve sağlığın sürdürülebilirliğinin sağlanması için hızlı ağırlık kayıplarından kaçınmak (Haftada 0,5-1 kg olacak şekilde 3 ayda %5, 6 ayda %10 ağırlık kaybı hedeflenmelidir.)
- b) Bireye özgü yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak
- c) Kişiyi doğru beslenme alışkanlıklarını kazandırmak
- d) Kaybedilen vücut ağırlığını korumak

Yapılması planlanan değişikliklerin ilk basamağı, kişinin mevcut durumunu anlamak ve ortak karar oluşturmaktır. Yeni beslenme alışkanlıkları ile ilgili eğitime başlamak için kişinin var olan beslenme alışkanlıklarının ve besin tüketim durumunun değerlendirilmesi gereklidir. Yapılacak değişiklikler, mümkün olduğu kadar lezzet ve uygulanabilirlik açısından kabul edilebilir olmalıdır; aksi takdirde birey önerilen diyetle uyum sağlayamaz. Bu nedenle, diyetisyen tarafından bireye özgü planlanan beslenme programının dikkate alınması ve ağırlık kaybının korunması için uygun aralıklarla kontrollerin yapılması gereklidir.

Tıbbi Beslenme Tedavisinin İlkeleri

Kişinin günlük enerji alımı, haftada 0,5-1 kg ağırlık kaybı sağlayacak ve ihtiyaç duyulan günlük enerji miktarının %10'unu geçmeyecek şekilde verilebilir. Enerji alımının bazal metabolizma hızının altında olmaması gerekir. Çok düşük enerjili diyetler davranış değişikliğine uyumu güçleştirir, metabolizmayı yavaşlatır ve besin ögesi yetersizliklerine neden olur.

Yağ: Günlük enerjinin yaklaşık %20-35'i yağlardan sağlanmalıdır. Enerjinin %7-8'i doymuş yağlardan (hayvansal besinler), %7-10'u çoklu doymamış yağlardan (ayçiçek, soya, mısırözü vb.) ve %12-15'i tekli doymamış yağlardan (zeytinyağı, fındık yağı) sağlanmalıdır. Trans yağ alımı %1'in altında olmalıdır. Yağda çözünen vitaminlerin (A, D, E, K vitaminleri) vücutta kullanımını sağlamak için diyetin yağ miktarı enerjinin %15-20'sinin altına düşmemelidir.

Diyet yağ içeriğini dengelemek için;

- Kızartma yerine ızgara, haşlama, buharda ve fırında pişirme yöntemleri seçilmelidir.
- Az yağlı süt ve ürünleri tercih edilmelidir.
- Kaymak, krema, mayonez gibi yağ içeriği yüksek besinlerden uzak durulmalıdır.
- Yağsız kırmızı et, balık, derisiz beyaz et tercih edilmelidir.
- Sucuk, sosis, salam, pastırma gibi besinler yüksek yağ içerikleri nedeniyle tercih edilmemelidir.

- Yüksek sıcaklık derecelerine maruz bırakılarak pişirilmiş pastacılık ürünleri ve trans yağ içerikleri yüksek olduğu için kızartmalardan kaçınılmalıdır.
- Krema içeriği yüksek kafeinli içecekler sık tüketilmemelidir.

Protein: Günlük enerjinin yaklaşık olarak %10-20'si proteinlerden sağlanmalı, hayvansal ve bitkisel kaynaklardan dengeli olarak tüketilmelidir.

Karbonhidrat: Günlük enerjinin %45-60'ının karbonhidratlardan sağlanması önerilir. Şeker gibi basit karbonhidratların tüketimi azaltılmalı; tam tahıllar, kuru baklagiller gibi besinlerde bulunan kompleks karbonhidratların tüketimi artırılmalıdır.

Posa: Günlük 25-30 g posa alımı yeterlidir. Sebze ve meyveler, kuru baklagiller ve tam tahıllı ürünler önerilen doğal posa kaynaklarıdır.

Diyet karbonhidrat ve posa içeriğini dengelemek için;

- Her öğünde taze sebzelerden hazırlanmış salata tüketilmelidir.
- Kabuklu yenebilen meyveler yıkandıktan sonra kabuklarıyla tüketilmelidir.
- Meyvelerin suyu yerine kendisini tercih edilmelidir.
- Şekerle tatlandırılmış içecek tüketimi sınırlandırılmalı veya tüketiminden uzak durulmalıdır.

Vitamin ve Mineraller: Ağırlık kaybı diyetlerinde çok düşük enerjili diyetler uygulanmadıkça vitamin-mineral yetersizliklerine rastlanmaz. Ancak çok düşük enerjili diyetlerde özellikle B grubu vitaminler, demir ve kalsiyum yönünden yetersizlikler oluşabilir. Bu durumda diyete vitamin-mineral desteği gerekebilir.

Sıvı: Su enerji içermez ve en iyi şekilde hidrasyon sağlar ve susama hissi öncelikle su ile giderilmelidir. Ayrıca; diş ve kemik sağlığında yer alan flor, kalsiyum, magnezyum ve sodyum içerir. İleri yaşlarda (65 ve üzeri) susama hissi azaldığı için, bu bireyler susamadan su içmeye özen göstermelidir. Sular nane, çubuk tarçın, limon, meyvelerden yapılmış buzlarla aromalandırılabilir. Her yemekte, yemek aralarında, egzersiz öncesinde ve sonrasında su içilmelidir. Günde 8 su bardağı su içilmesi; bazı bireyler için yetersiz, bazıları için ise fazla olabilir ancak iyi bir hedef olarak düşünülmelidir.

Alkol: Bir gram alkolün enerji değeri 7 kkal olup, zayıflama diyetlerinde kullanımı önerilmez.

Tuz: Aşırı tuz tüketiminden kaçınılmalıdır. Tüketilen tuz miktarı azaltılmalı (günlük olarak en fazla 1 tepeleme çay kaşığı veya 1 silme tatlı kaşığı) ve iyotlu tuz kullanılmalıdır. Tuz tüketiminin

azaltılması konusunda bir süre ısrarlı davranıldığında, bireyin tuzu azaltılmış beslenme biçimine alışabileceği unutulmamalıdır.

Öğün Zamanı ve Düzeni: Günlük beslenme programı 3 ana ve bireye özgü uygun sayıda ara öğün olarak planlanmalıdır. Ana öğünlerin arasının 5-6 saati aşmamasına dikkat edilmelidir.

Bireylerde yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı yaşam tarzı haline getirilmelidir. Hatalı ağırlık kaybı programları kişilerin sağlığını olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle bireye özgü en uygun beslenme programı için diyetisyene yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

Obezite tedavisinde ağırlık kaybı sağlanması kadar, kaybedilen ağırlığın korunması da önemlidir. Fazla kilolu ve obeziteli bireyler, ağırlık kaybettikten ve uygun vücut ağırlıklarına ulaştıktan sonra, vücut ağırlığını koruyucu programa alınmalıdır. Koruma programında amaç, uzun dönemde tekrar ağırlık artışı önlemek ve/veya en az düzeyde olmasını sağlamaktır.

Fiziksel Aktivitede Temel Kavramlar

Fiziksel Aktivite: Günlük yaşam içerisinde, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcamasını gerektiren her hareket fiziksel aktivite olarak tanımlanır. Egzersiz ve sporu da kapsayan geniş bir kavram olup yürümek, koşmak, bisiklete binmek, futbol oynamak, bahçe işleri, ev işleri, dans, merdiven çıkma, oyun oynama fiziksel aktivite örnekleridir.

Egzersiz: Fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşeninin korunmasını veya geliştirilmesini amaçlayan düzenli, planlanmış ve tekrarlı fiziksel aktivitelerdir. Haftada 5 gün, günde 30 dakika belirli bir tempoda yürüyüş yapılması bir egzersiz örneğidir. Gün içinde hareketli olmak ve fiziksel aktiviteyi sürdürmek enerji harcamasını artıracığı için obezitenin önlenmesi ve tedavisinde önemlidir.

Spor: Çoğu zaman egzersiz veya fiziksel aktiviteyi tanımlamak için kullanılan bir ifade olmasına rağmen spor, belirli kurallar içerisinde yapılan, genellikle yarışma amacı taşıyan, lisanslı amatör ve profesyonel sporcuların gerçekleştirdiği aktivite türüdür. Basketbol, voleybol, futbol ve tenis spora örnek olarak verilebilir.

Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri

Sağlıklı bir yaşamın sürdürülebilmesi ve kronik hastalıkların önlenmesinde vazgeçilmez bir öneme sahip olan fiziksel aktivite ve egzersiz, ağırlık kaybı ve ağırlığın korunmasına etkileri nedeniyle obezite tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır.

Her yaş grubunda fazla kilolu ve obeziteli bireylerde düzenli fiziksel aktivite ve egzersizler;

- Fiziksel performans kapasitesini artırır.
- Vücut ağırlığı kontrolüne yardımcı olur.
- Yaşam kalitesini artırır.
- Denge ve koordinasyonu geliştirir.
- Abdominal yağlanmayı azaltıp kas kaybını önler, kemik ve kas kuvvetini artırır.
- Kardiyovasküler hastalık riskini azaltır.
- Kan lipid profilini düzenler; trigliserid ve LDL düzeyini azaltır, HDL düzeyini artırır.
- Tip 2 diyabet ve metabolik hastalık riskini azaltır.
- Bazı kanser türleri (meme, kolon vb.) için riski azaltır.
- Obezite nedeniyle görülmesi muhtemel dejeneratif eklem hastalıkları riskini azaltır.
- Bireyin kendisini daha iyi hissetmesini sağlar, depresyon riskini azaltır.

Fiziksel Aktivite Türleri

Fiziksel aktivite dayanıklılık, kuvvet, esneklik ve denge egzersizleri olarak 4'e ayrılır.

Dayanıklılık (Aerobik) Egzersizleri: Herhangi bir fiziksel aktivitenin daha uzun süre, yorulmadan yapılabilmesini ifade eder. Dayanıklılık egzersizleri vücudumuzun oksijeni kullanma kapasitesini arttıran, büyük kas gruplarının dinamik ve ritmik olarak çalıştığı egzersizlerdir. Koşma, yürüme, yüzme, bisiklete binme gibi aktiviteler örnek olarak verilebilir.

Kuvvet Egzersizleri: Kasın güçlü bir şekilde kasılmasını gerektiren aktivitelerdir. Şınav, mekik veya ağırlık kaldırma gibi aktivitelerdir.

Esneklik Egzersizleri: Eklemlerin geniş açıda hareket edebilmesidir. Diğer bir deyişle, bir fiziksel aktivite yaparken gövde, kol veya bacakların rahat hareket edebilme becerisidir. Eklemlerin hareket genişliğini ve esnekliği artıran egzersizlerdir. Başın yanlara çevrilmesi, bacaklar gerginken ellerin yere değdirilmesi gibi aktivitelerdir.

Denge Egzersizleri: Bedenin düşmeden durabilme ve düzgün hareket edebilme yeteneğidir. Bunun için görme duyusu, iç kulaktaki denge ve derin duyunun sağlam olmasının yanında,

kasların da yeteri kadar kuvvetli olması gerekir. Vücut pozisyonunun korunması ve koordinasyonun sağlanmasına yönelik egzersizlerdir. Tek ayak üzerinde durmak, parmak uçlarında yürümek, sabit olmayan zeminde durmak, kaygan bir zeminde düşmeden yürüyebilmek için iyi bir denge gerekir.

Fiziksel aktivite ya da egzersiz önerisinde bulunurken; egzersizin şiddeti, süresi ve sıklığına dikkat edilmelidir. Egzersizin şiddeti zorluk derecesini ifade ederken, süresi o egzersiz diliminde geçirilen zamanı, sıklığı ise haftalık egzersiz sayısını ifade eder.

Dayanıklılık (Aerobik) Egzersizinin Şiddeti

İstirahat durumu “0” ve en zorlanılan durum “10” kabul edildiğinde; şiddetin 10 üzerinden 5 veya 6’ya karşılık geldiği aktiviteler orta, 7 ve üzerine karşılık gelen aktiviteler şiddetli aerobik aktivitelerdir.

Hafif: Nefes almanın ve kalp atım sayısının dinlenme değerinin biraz üzerinde olduğu düşük efor gerektiren günlük aktivitelerdir. Hafif ev işleri (yemek hazırlama, toz alma), kişisel hijyen davranışları (tıraş olma, duş alma), yazı yazma, masa başı işleri, düşük tempoda yürüyüş vb.

Orta: Nefes almanın ve kalp atım sayısının normalden daha fazla olduğu, kasların zorlanmaya başladığı, orta dereceli efor gerektiren aktivitelerdir. Bu aktivitelerin düzeyi, kişinin yanındaki bir kimse ile konuşabildiği ancak şarkı söyleyemediği bir şiddet olarak tanımlanabilir. Ev egzersizleri, jimnastik hareketleri, hızlı yürüme (3-6 km/saat), düşük tempolu koşu, ip atlama, yüzme, masa tenisi, tekvando, judo, dans etme, yavaş tempoda bisiklet sürme, çim biçme gibi bahçe işleri vb.

Yüksek: Nefes almanın ve kalp atım sayısının normalden çok daha fazla olduğu veya kasların daha fazla zorlandığı güçlü efor gerektiren aktivitelerdir. Bu aktiviteler sırasında kişiler nefesi kesilmeden birkaç kelimeden fazlasını konuşamaz. Basketbol, futbol, voleybol, hentbol, tenis oynama, hızlı yürüme (6-8 km/saat), tempolu koşu, merdiven çıkma (orta hızda), jogging, ağırlık kaldırma egzersizleri, ip atlama, step-aerobik derslerine katılma, tempolu dans etme vb.

OBEZİTE AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLEN BİREYLERE YÖNELİK YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

Sağlıklı Beslenme Önerileri

Yeterli ve Dengeli Beslenin

1- Yağ: Günlük enerjinin yaklaşık %20-35'i yağlardan sağlanmalıdır. Enerjinin %7-8'i doymuş yağlardan, %7-10'u çoklu doymamış yağlardan, %12-15'i tekli doymamış yağlardan sağlanmalıdır. Trans yağ alımı %1'in altında olmalıdır.

2- Protein: Günlük enerjinin yaklaşık olarak %10-20'si proteinlerden sağlanmalı, hayvansal ve bitkisel kaynaklardan dengeli olarak tüketilmelidir.

3- Karbonhidrat: Günlük enerjinin %45-60'ının karbonhidratlardan sağlanması önerilir. Şeker gibi basit karbonhidratların tüketimi azaltılmalı; kompleks karbonhidratların tüketimi artırılmalıdır.

4- Posa: Günlük 25-30 g posa alımı yeterlidir. Sebze ve meyveler, kuru baklagiller ve tam tahıllı ürünler önerilen doğal posa kaynaklarıdır.

5- Vitamin ve mineraller: Çok düşük enerjili diyetlerde özellikle B grubu vitaminler, demir ve kalsiyum yönünden yetersizlikler oluşabilir. Bu durumda diyetle vitamin-mineral desteği gerekebilir.

6- Sıvı: Her yemekte, yemek aralarında, egzersiz öncesinde ve sonrasında su içilmelidir. Günde 8 su bardağı su içilmesi iyi bir hedef olarak düşünülmelidir.

7- Alkol: Ağırlık kaybı diyetlerinde kullanımı önerilmez.

8- Tuz: Aşırı tuz tüketiminden kaçınılmalıdır.

9- Öğün zamanı ve düzeni: Günlük beslenme programı 3 ana ve bireye özgü uygun sayıda ara öğün olarak planlanmalıdır.

Fizik Aktivite Önerileri

Fiziksel Aktiviteyi Arttırın

1- 18-64 yaş arası için:

Yetişkin her birey için haftalık en az 150 dakika orta şiddette egzersiz yapılmalıdır. Bu egzersizler büyük kas kitlelerini içeren; yürüyüş, hafif koşu, bisiklet veya yüzme gibi dayanıklılık aktivitelerinden oluşmalı, her bir egzersiz seansı en az 10 dakika olmalı ve haftanın en az 3-5 gününe yayılması tercih edilmelidir. Daha fazla sağlık yararı için haftalık orta şiddetli fiziksel aktivite süresi 300 dakikaya çıkarılmalı, yüksek şiddetli fiziksel aktivite süresi de giderek artırılmalıdır.

2. 65 yaş ve üzeri için:

65 yaş üzeri her birey, haftanın 5 günü 30 dakika süre ile ara vermeden veya aynı süreyi 3'e bölerek 10'ar dakikalık sürelerle (10x3=30 dakika) haftada toplam en az 150 dakika olacak şekilde orta şiddetli aktiviteler yapmalıdır. Yüksek şiddetli (nabızınızı ve soluk alıp verme sayınızı oldukça artıran) fiziksel aktiviteler; yürüme veya yokuş yukarı yürüme, koşma, voleybol, basketbol, bisiklete binme vb. ise haftada toplam en az 75 dk. olacak şekilde (haftada 3 gün 25 dakika veya 4 gün 20 dakika) yapılabilir. Ayrıca kasları kuvvetlendirmek, dengeyi ve esnekliği artırmak için haftada 2 veya 3 gün (bir gün ara ile), büyük kas gruplarını içeren kuvvetlendirme egzersizleri yapılabilir.

Psikososyal Destek Önerileri

1- Fazla kilolu/obeziteli olmaya karşı geliştirilmiş önyargılara duyarlı olun.

Önyargılar iş yerinde, okullarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerlerde de olabilmektedir. Önyargılı davranışlar hastaların tedaviye uyumlarını ve davranış değişikliği yapmadaki motivasyonlarını olumsuz yönde etkiler.

1. 2- Empatik iletişim kurun.

- Aktif dinleme
- Hastalarımızın söylediklerini tekrar ederek doğru anlayıp anlamadığınızı test etme
- Hastanızın duygularını yansıtma
- Hastalarınıza tedavinin en önemli ortağının kendileri olduğunu anlamlarını sağlama

2. 3- Olumlu hekim-hasta iş birliği kurun.

Hastalarla olumlu bir iş birliği kurulması yaşam boyu sürecek olan davranış değişikliği gerektiren tüm hastalıklarda olduğu gibi obezite tedavisinde de gereklidir. Olumlu bir iş birliği hastanın obezite ile ilişkili olarak durumunu tespit etmenizi, doğru tanı koymanızı, tedavi planı ve çözüm önerileri geliştirmenizi sağlar. Obezite, hastanın aktif katılımı olmaksızın çözülemeyecek bir sorundur.

4- Sağlığı korumakla ilgili mesajlar verin.

Hastalarınıza sağlıkla ilgili mesajlar verirken şu noktalara dikkat edin:

- Toplumun fazla kiloluluk/obezite, beslenme ve hastalık davranışlarıyla ilgili alışkanlıklarını, kültürel değerlerini anlamaya çalışın.
- Hastanızın ekonomik ve kültürel değerleri ile yaşam koşullarını öğrenin.
- Sağlıklı olmakla ilgili hastanızın farkındalık ve bilgi düzeyini değerlendirin (başvurduğu merkezler, internet, diğer bilgi kaynakları, arkadaşlar, gruplar vb.), daha önce edindiği "hatalı" bilgileri öğrenin.
- Verdiğiniz mesajların hastalara uygunluğunu, ne ölçüde anlaşıldığını ve bunlarla ilgili kabul düzeyini kontrol edin.

BÖLÜM 5-KANSER TARAMALARI

1. Meme Kanseri Taramaları

Meme kanseri, Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunu olup, kadınlarda en sık görülen kanserdir. Meme kanserini erken evrede yakalayabilmek için, kanser mortalitesini azalttığı düşünülen ve etkinliği kanıtlanmış tarama yöntemleri kullanılmaktadır. Bu nedenle kanser kontrolünün bir parçası olarak, meme kanserinde topluma yönelik tarama programlarının uygulanması gerekmektedir. Bu taramaların yapılması için ülke gerçekleri (meme kanseri yaş dağılımları, alt yapı sorunları ve maliyet gibi) ile uyumlu bilimsel tarama standartlarının belirlenmesi ve risk altındaki grupların taramasının yapılması oldukça önemlidir. Tarama yapılan ve pozitif/şüpheli sonuç saptanan vakaların, ileri inceleme sonuçlarına göre, gerekli tedavilerinin yapılması önemlidir. Meme kanserinin mortalitesindeki azalma farkındalık çalışmaları, sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması, tarama ve tarama sonrası pozitif/şüpheli vakaların uygun tedavisiyle sağlanabilir.

Meme kanseri taraması Aile Sağlığı Merkezlerinde kayıtları bulunan 40-69 yaş arası sağlıklı (ele gelen kitle, ağrı, meme ucu akıntısı olmayan, daha önce meme kanseri tanısı almamış v.b.), kadınlara yapılır.

ANAMNEZ VE FİZİK MUAYENE

- Kişinin T.C. kimlik numarası ile AHBS sisteminden tarama yaş grubunda olup olmadığı sorgulanmalıdır.
- Tıbbi bilgileri alınmalı, aile öyküsü, meme hastalıkları risk faktörleri sorgulanmalıdır.
- Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapıp yapmadığı sorgulanmalı, ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapması için danışmanlık verilmeli, yılda bir klinik meme muayenesi yapılmalı ve uygun olanların 2 yılda bir Mamografi tetkiki için yönlendirilmesi yapılmalıdır.

MAMOGRAFİNİN ÇEKİLMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

- Hedef nüfus, 40-69 yaş grubu kadınlar olmalıdır. (40. ve 69. yaşlar dahil edilecektir)
- Taranacak popülasyon, aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanmalı ve kanser randevu sistemi kullanılarak KETEM'lerden veya MHRS üzerinden hastanelerden mamografi randevusu olarak 2 yılda bir tekrar tarama yapılmalıdır.
- Tarama yaş aralığındaki kadınlar davet edilerek meme kanseri taraması ve mamografi çekimi konusunda gerekli bilgilendirme yapılmalıdır.
- Kabul eden kişiler, kanser randevu sisteminden randevu oluşturularak mamografi çekimi yapan merkezlere (KETEM, SHM, mobil araç, ilçe devlet hastaneleri vs.) veya MHRS

üzerinden hastanelerden mamografi randevusu olarak yönlendirilmeli, kişi bilgileri AHBS'ye işlenmelidir.

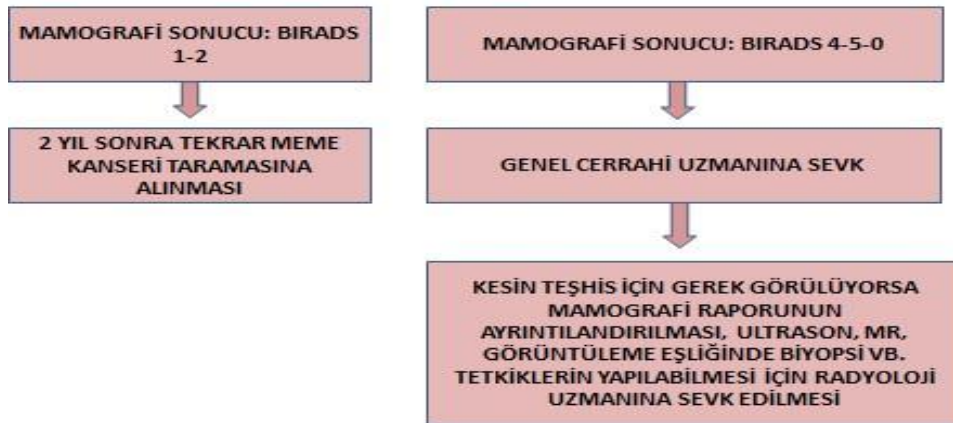
- Mamografi raporunun normal gelmesi durumunda kişi bilgilendirilmelidir; sonuçların normal gelmesinin meme kanseri olmadığını veya ileride asla olmayacağını garantilemediği, şüpheli belirtiler olması halinde sağlık kuruluşlarına müracaat etmesi gerektiği bilgileri verilmelidir.
- Kişiye, algoritmaya göre 2 yıl sonra tekrar mamografi çekimi yapılması konusunda bilgi verilmelidir.
- Mamografi rapor sonucunun BIRADS 0, BIRADS 4, BIRADS 5 gibi şüpheli/pozitif olması durumunda kesin teşhisin konulabilmesi için teşhis merkezlerindeki Genel Cerrahi uzmanlarına yönlendirilmelidir. Ayrıca rapor sonucu BIRADS 3 gelen hastane mamografi sonuçları da takip için teşhis merkezlerindeki Genel Cerrahi uzmanlarına yönlendirilmelidir.
- Tarama yapılmasını kabul etmeyen bireylere meme kanseri taraması hakkında gerekli eğitim ve bilgilendirme yapılmalıdır. Bu durumda bireyin imzalı beyanı alınmalı, kendi isteği ile mamografi yaptırmak istemediği bilgisi AHBS'ye işlenmelidir. Bir yıl sonra taramaya tekrar davet edilmelidir.
- Taramanın her aşamasında kişisel verilerin gizliliğine dikkat edilmelidir.
- Taramalar, Ulusal Kanser Tarama Standartlarına uygun şekilde yapılmalıdır.

KAYIT

- Aile hekimleri, taramaya katılan kişilerin mamografi sonuçlarını AHBS'ye meme kanseri taraması olarak işlemeli ve e- nabıza gönderimini takip etmelidir.
- Mamografi sonucu şüpheli olup, ileri tetkik için hastaneye sevk edilenlerin takibi de Aile Hekimlerince yapılmalıdır.

Tablo:1 Meme Kanser Taraması Algoritması

Mamografi Tarama Süreci Algoritma



2. Serviks Kanseri Taraması

Serviks kanserinin taranmasındaki temel amaç; hedef popülasyona ulaşarak, serviks kanserinin en sık sebebi olan Human Papilloma Virüsünün erken tespiti ile etkin ve basit yöntemlerle tedavi etmek suretiyle de invaziv kanser sıklığını, buna bağlı “morbidite ve mortaliteyi” düşürmektir.

ANAMNEZ VE FİZİK MUAYENE

- Kişinin, T.C. kimlik numarası ile AHBS sisteminden tarama yaş grubunda olup olmadığı sorgulanmalıdır.
- Tıbbi bilgileri alınmalı, aile öyküsü, risk faktörleri vs. sorgulanmalıdır.

NUMUNE ALINMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

- Hedef nüfus, 30-65 yaş grubu kadınlar olmalıdır. (30. ve 65. yaşlar dahil edilecektir).
- Taranacak popülasyon, aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanmalı, tarama yaş aralığındaki kadınlar davet edilerek serviks kanseri taraması ve HPV-DNA Testi konusunda gerekli bilgilendirme yapılmalıdır.
- Taramayı kabul eden kişilerin, numune almak için uygunluk durumları sorgulanmalı, taramaya uygun bireylere, Kansere Daire Başkanlığınca hazırlanmış olan bilgilendirilmiş onam formları imzalatılmalıdır. Onam formunu imzalayan kişilerin sisteme girişleri yapılmalı ve uygun ortamda (mahremiyet/tıbbi koşullar/bulaşıcı hastalıklar/dezenfeksiyon vs.) HPV-DNA numunesi alınmalıdır. Algoritmaya uygun olarak 5 yılda bir tarama tekrarlanmalıdır.
- Numunelerin sisteme girişleri, barkod işlemleri doğru (HPV Laboratuvarı tarafından talep edilen şekilde) ve eksiksiz şekilde yapılmalı ve İl-İlçe Sağlık Müdürlüğüne ulaştırılmak üzere uygun şekilde (serin ,güneş görmeyen, ısı maruziyeti olmayan vs) muhafaza edilmelidir.
- Kişiler, numune alınması için uygun ortam bulunmaması durumunda kanser randevu sisteminden randevuları alınarak uygun merkezlere (KETEM, SHM, mobil araç, ilçe devlet hastaneleri vs.) gönderilmeli, kişi bilgileri AHBS’ye işlenmelidir.
- Numune sonucunun normal gelmesi durumunda kişi bilgilendirilmelidir. Bu aşamada kişiye sonucun normal gelmesinin serviks kanseri olmadığını veya ileride asla olmayacağını garantilemediği, 5 yıl içinde şüpheli belirtileri olması halinde sağlık kuruluşlarına müracaat etmesi gerektiği, şüpheli belirtiler olmaması halinde 5 yıl sonra tekrar serviks kanseri taraması yaptırmasının uygun olacağı bilgileri verilmelidir.
- Kişinin numune sonucunun yetersiz gelmesi halinde Algoritma çerçevesinde tekrar numune alınmalı, pozitif/şüpheli gelmesi halinde ise kesin teşhisin konulabilmesi için ayrıntılı bir

şekilde muayene edilmesi ve gerekirse biyopsi yapılması amacıyla teşhis merkezlerindeki kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına yönlendirilmelidir.

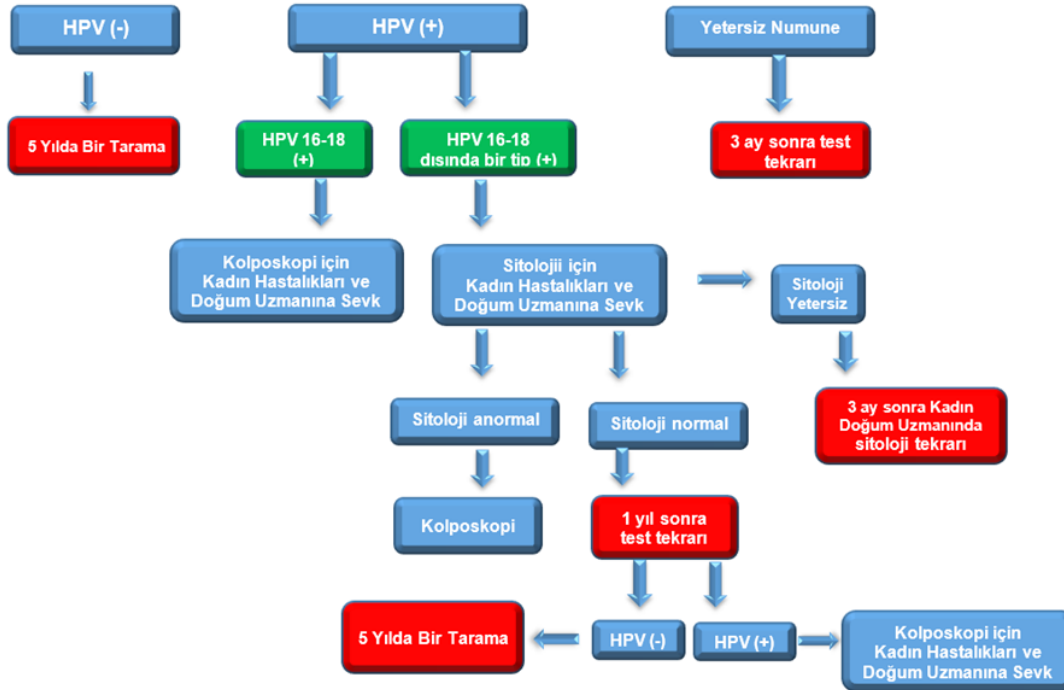
- Tarama testi yapılmasını kabul etmeyen bireylere serviks kanseri taraması hakkında gerekli eğitim verilmelidir. Bu durumda bireyin imzalı beyanı alınmalı, kendi isteği ile test yaptırmak istemediği bilgisi AHBS'ye işlenmelidir. Bir yıl sonra taramaya tekrar davet edilmelidir.
- Taramanın her aşamasında kişisel verilerin gizliliğine dikkat edilmelidir.
- Taramalar Ulusal Kanser Tarama Standartlarına uygun şekilde yapılmalıdır.

KAYIT

- Aile hekimleri, taramaya katılan kişilerin test sonuçlarını AHBS'ye serviks kanseri taraması olarak girmeli ve e- nabıza gönderimini takip etmelidir.
- HPV-DNA Test sonucu şüpheli/pozitif gelen ve ileri tetkik için hastaneye sevk edilenlerin takibi de Aile Hekimlerince yapılmalıdır.

Tablo:2.Serviks Kanser Tarama Algoritması

HPV TARAMA SÜRECİ ALGORİTMA



3. Kolorektal Kanser Taraması

Kolon ve rektum çoğunlukla premalign lezyonları barındırır ve nispeten kolay erişilebilen organlardır. Bu nedenle, kolorektal kanser erken teşhise uygun bir hastalıktır. Kolorektal kanseri gelişmeden önlemek ve erken evrede yakalayabilmek için tarama testleri kullanılmaktadır. Kolorektal kanser tarama yöntemleri, invaziv kanser morbiditesi ve mortalitesini azalttığı düşünülen ve bu açıdan etkinliği kanıtlanmış az sayıdaki yöntemlerdendir. Kalın bağırsağın (kolon ve rektumun) polip ve kanserleri çoğu kez belirti vermezler. Tarama programları ile henüz kansere dönüşmemiş (prealign) adenomatöz polipleri ve erken dönem lokalize kanserleri saptamak ve tedavi etmek mümkündür.

ANAMNEZ VE FİZİK MUAYENE

- Kişinin T.C. Kimlik numarası ile AHBS sisteminden tarama yaş grubunda olup olmadığı sorgulanmalıdır.
- Tıbbi bilgileri alınmalı, aile öyküsü, risk faktörleri vs. sorgulanmalıdır.

NUMUNE ALINMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

- Hedef nüfus, 50-70 yaş grubu kadınlar ve erkekler olmalıdır (50. ve 70. yaşlar dahil edilecektir).
- Taranacak popülasyon davet edilerek kolorektal kanser taraması, gaitada gizli kan testi ve test kitinin kullanımına dair gerekli bilgilendirme yapılmalıdır.
- Taramayı kabul eden kişilerin, GGK testi için uygunluk durumları sorgulanmalı, uygun olan kişilere Kansere Daire Başkanlığınca hazırlanmış olan bilgilendirilmiş onam formları imzalatılmalıdır. Onam formunu imzalayan kişilerin sisteme girişleri yapılarak GGKT kiti verilmeli, test sonucu AHBS'ye işlenmelidir.
- Test sonucunun normal gelmesi durumunda kişi bilgilendirilmelidir. Bu aşamada; sonuçların normal gelmesinin kolorektal kanser olmadığını veya ileride asla olmayacağını garantilemediği bilgisi verilmeli, 2 yıl içinde şüpheli belirtileri olması halinde sağlık kuruluşlarına müracaat etmesi gerektiği, şüpheli belirtiler olmaması halinde 2 yıl sonra tekrar kolorektal kanser taraması yaptırmasının uygun olacağı bilgileri verilmelidir.
- Numune sonucunun yetersiz gelmesi halinde iki-üç gün ara ile en fazla iki kere daha GGK testi yapılmalıdır.
- Numune sonucunun pozitif/şüpheli gelmesi halinde birey, algoritma çerçevesinde kesin teşhisin konulabilmesi için teşhis merkezlerindeki Genel Cerrahi ve/veya Gastroenteroloji uzmanlarına yönlendirilmelidir.
- Tarama testi yapmayı kabul etmeyen bireylere kolorektal kanser taraması hakkında gerekli eğitim verilmelidir. Bu durumda bireyin imzalı beyanı alınmalı ve kendi isteği ile test

yaptırmak istemediği bilgisi AHBS'ye işlenmelidir. Bir yıl sonra taramaya tekrar davet edilmelidir.

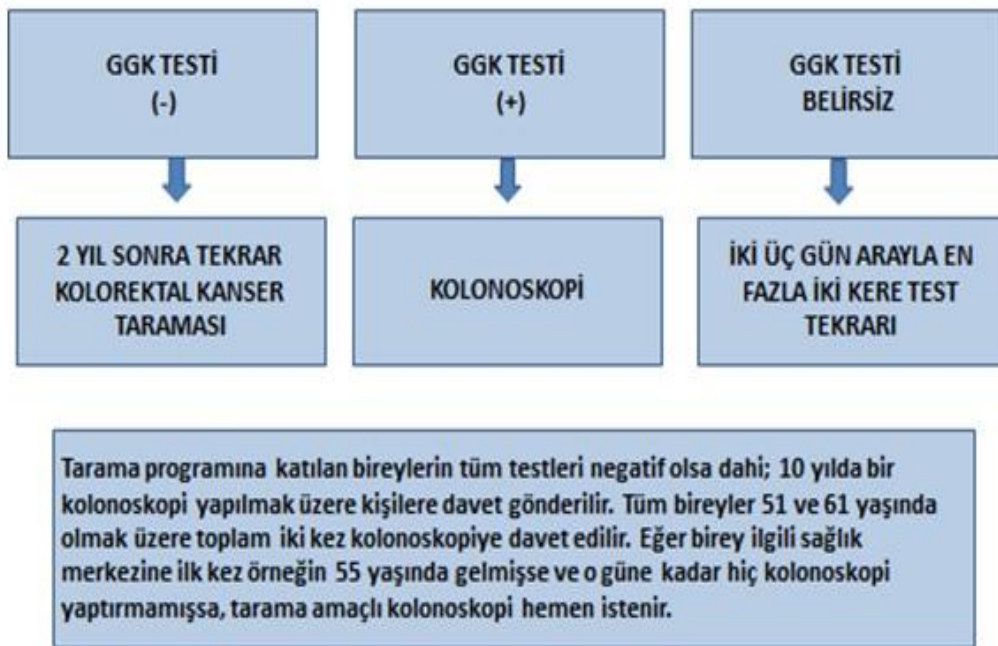
- Taramanın her aşamasında kişisel verilerin gizliliğine dikkat edilmelidir.
- Taramalar Ulusal Kansere Tarama Standartlarına uygun şekilde yapılmalıdır.

KAYIT

- Aile hekimleri, taramaya katılan kişilerin test sonuçlarını AHBS'ye kolorektal kanser taraması olarak girmeli ve e- nabıza gönderimini takip etmelidir.
- Kişi, yakın tarih içerisinde herhangi bir merkezde, test yaptırmış ise, aile hekimleri yapılan son testin sonucunu AHBS'ye işlemelidir.
- Test sonucu şüpheli/pozitif gelen ve ileri tetkik için hastaneye sevk edilenlerin takibi de Aile Hekimlerince yapılmalıdır.

Tablo:3.Kolorektal Kansere Tarama Algoritması

GGK Tarama Süreci Algoritma



***Yüksek Riskli Olgular:** Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip, ülseratif kolit, Crohn Hastalığı ya da kalıtsal polipozis veya polipozis dışı sendrom öyküsü olan bireylerde 40 yaşından itibaren tarama prosedürüne başlanmalıdır.

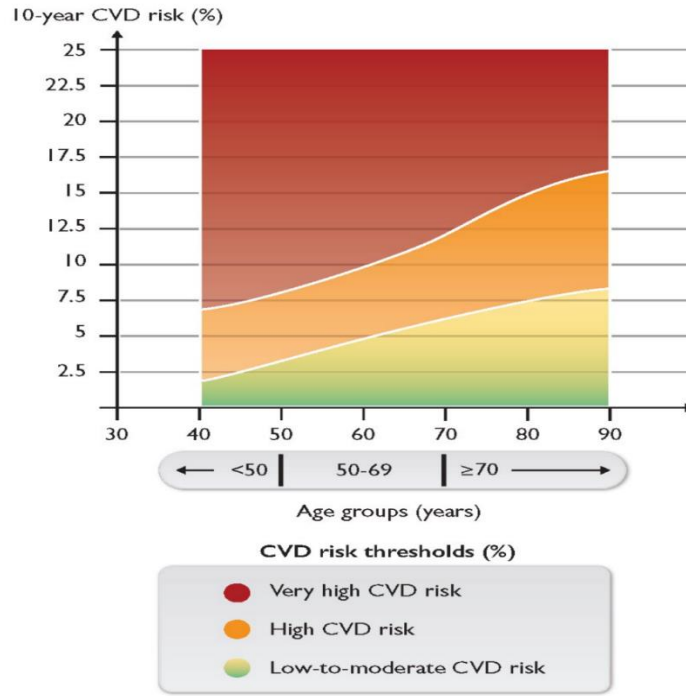
BÖLÜM 6. KARDİYOVASKÜLER RİSK DEĞERLENDİRMESİ

1. Anamnez ve Fizik Muayene

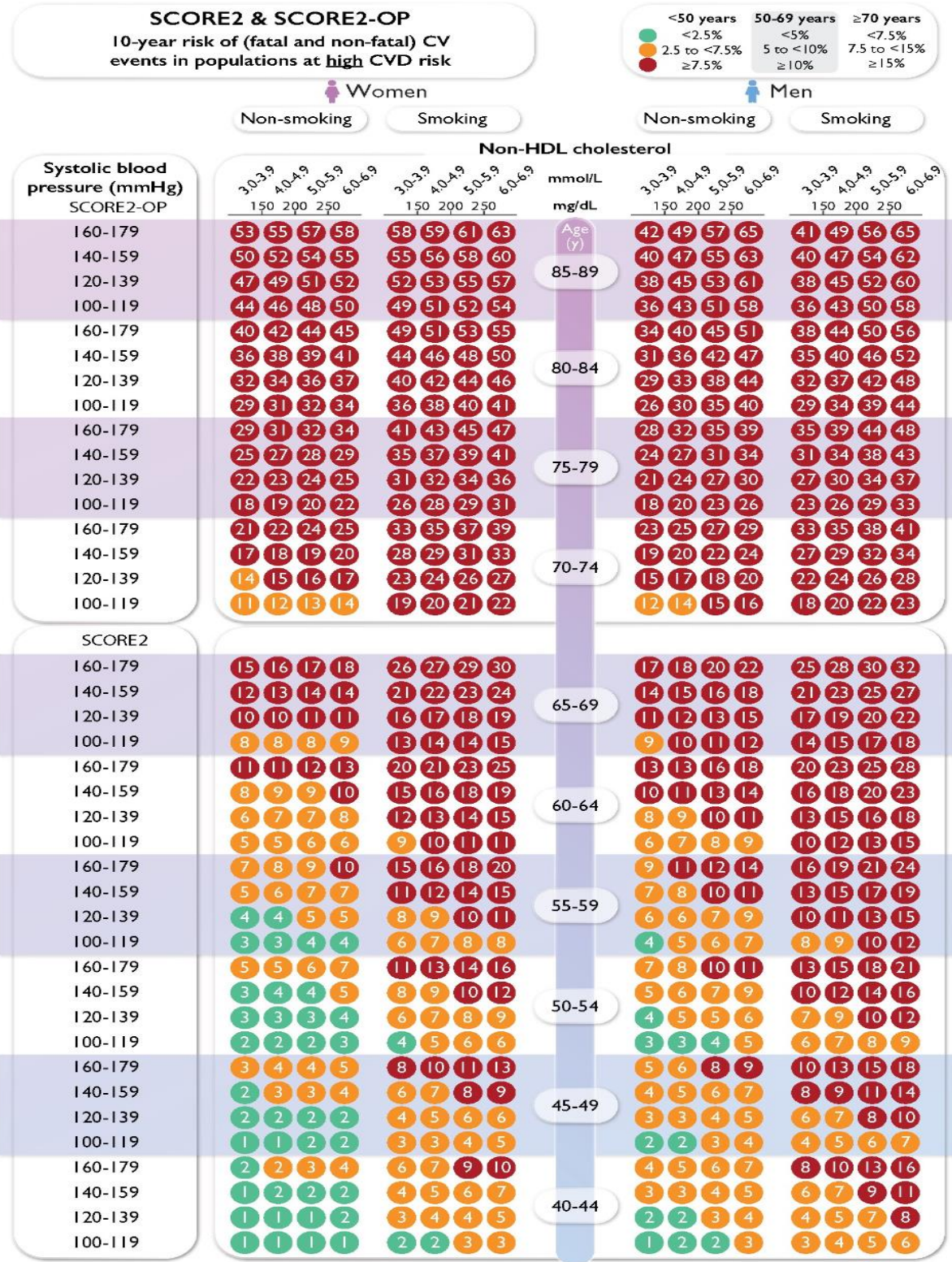
- Başvuru sebebinden bağımsız olarak; 40 yaş ve üzeri bireylere SCORE2, 70 yaş ve üzeri bireylere de SCORE2-OP kullanılarak bir kez kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
- 40 yaşın altında olan bireylere ise ailesinde erken yaşta (erkek<55 yaş ve kadın<65 yaş) aterosklerotik hastalık öyküsü varsa bir kez kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
- Yaştan bağımsız olarak; yüksek ve çok yüksek risk kriterini karşılayan hastalık tanısı olan kişilerde SCORE2 risk hesaplaması yapılmasına gerek yoktur.
 - **Doğrudan çok yüksek riskli kabul edilen hastalar:** Kronik Böbrek Hastalığı (*diyabet veya aterosklerotik kalp damar hastalığı olmaksızın*), Diabetes Mellitus (*aterosklerotik kalp damar hastalığı ve/veya şiddetli hedef organ hasarı ile birlikte*) Aterosklerotik Kalp Damar Hastalığı (ASKDH) olanlar.
 - **Doğrudan yüksek riskli kabul edilen hastalar:** Kronik Böbrek Hastalığı (*diyabet veya aterosklerotik kalp damar hastalığı olmaksızın*), Ailevi Hiperkolesterolemi, Diabetes Mellitus (*aterosklerotik kalp damar hastalığı ve/veya hedef organ hasarı olmaksızın*) olanlar.
- Aile hekimliği birimlerine başvuran 40 yaş ve üzerindeki her bireyden kardiyovasküler hastalık (KVH) ve risk faktörlerine yönelik anamnez alınmalıdır. **Anamnezde;** sigara içip içmediği, hastalık öyküsü, aile anamnezi ve kişinin kullandığı ilaçlar sorgulanmalıdır.
- **Fizik muayenede;** kan basıncı ölçülmeli; nabız sayılmalı, kol ve bacak nabızları palpasyonla kontrol edilmeli; kalp ve akciğer oskültasyonu yapılmalı; boy, vücut ağırlığı, bel çevresi ölçülmelidir.
- **Laboratuvar tetkiklerinde;** toplam kolesterol, LDL, HDL ve non-HDL kolesterol (otomatik hesaplanabilir), trigliserit ve açlık kan şekeri (AKŞ) düzeylerine bakılmalıdır.
- **Bireyin kardiyovasküler risk değerlendirmesi;** kişinin cinsiyeti, yaşı, sigara içme durumu, sistolik kan basıncı ölçüm değeri (mmHg) ve non-HDL kolesterol ölçüm değeri (mg/dl) esas alınarak **SCORE2** ve **SCORE-OP** ölçeği ile riski hesaplanır.

Tablo 1. Sağlıklı Kişilerde Yaşa Göre SCORE2 ve SCORE2-OP Ölçeğine Göre Kardiyovasküler Hastalık Risk Kategorileri

Risk Kategorileri	Öneriler	<50 yaş	50-69 yaş	≥70 yaş
Düşük-Orta Risk	Risk faktörüne yönelik tedavi genellikle önerilmez.	<%2,5	<%5	<%7,5
Yüksek Risk	Risk faktörüne yönelik tedavi düşünülmelidir.	%2,5 <%7,5	%5 <%10	%7,5<%15
Çok Yüksek Risk	Risk faktörüne yönelik tedavi genellikle önerilir.	≥%7,5	≥%10	≥%15



Şekil 1. Yaş Gruplarına Göre Artan 10 Yıllık Kardiyovasküler Hastalık Riski



Şekil 2. Sağlıklı Kişilerde Kardiyovasküler Hastalık Risk Tahmini

Tablo 2. SCORE2 ve SCORE2-OP Ölçeğine Göre Risk Kategorileri

RİSK KATEGORİLERİ	
Çok Yüksek Risk	1. Kronik böbrek hastalığı olanlar (<i>diyabet veya aterosklerotik kalp damar hastalığı olmaksızın</i>) - eGFR<30 mL/dak/1.73 m² veya - eGFR 30-44 mL/dak/1.73 m² ve albümin kreatinin oranı >30 mg/g 2. Diabetes mellitusu olanlar (<i>aterosklerotik kalp damar hastalığı ve/veya şiddetli hedef organ hasarı ile birlikte</i>) - eGFR <45 mL/dak/1.73 m², <i>albüminüriden bağımsız</i> - eGFR 45-59 mL/dak/1.73 m² ve mikroalbuminüri (albumin kreatinin oranı 30-300 mg/g) - Proteinüri (albumin kreatinin oranı>300 mg/g) - En az üç farklı mikrovasküler hastalık varlığı (mikroalbuminüri + retinopati + nöropati) 3. Aterosklerotik kalp damar hastalığı olanlar (ASKDH) - Kanıtlanmış ASKDH (<i>klinik veya görüntülemeye kesin olarak tanımlanmış olanı ifade eder</i>) - o Kanıtlanmış klinik ASKDH (<i>önceki akut miyokard enfarktüsü, akut koroner sendrom, koroner revaskülarizasyon ve diğer arteriyel revaskülarizasyon prosedürleri, inme ve geçiçi iskemik atak, aort anevrizması ve periferik arter hastalığını içerir</i>) - o Görüntülemeye kesin olarak kanıtlanmış ASKDH (<i>Koroner Anjiyografi veya Karotis Ultrasonu veya BT Anjiyografi plakları içerir. Bu, karotis arterinin intima-media kalınlığı gibi sürekli görüntüleme parametrelerinde bazı artışları içermez</i>). 4. 50 yaş altında ise risk skoru %7,5 ve üstü olanlar 5. 50-69 yaş arasında ise risk skoru %10 ve üstü olanlar 6. 70 yaş ve üzerinde ise risk skoru %15 ve üstü olanlar
Yüksek Risk	1. Kronik böbrek hastalığı olanlar (<i>diyabet veya aterosklerotik kalp damar hastalığı olmaksızın</i>) - eGFR 30-44 mL/dak/1.73 m² ve albümin kreatinin oranı <30 mg/g ya da - eGFR 45-59 mL/dak/1.73 m² ve albümin kreatinin oranı 30-300 mg/g ya da - eGFR ≥60 mL/dak/1.73 m² ve albümin kreatinin oranı >300 mg/g 2. Ailevi hiperkolesterolemi olanlar 3. Diabetes mellitusu olanlar (<i>aterosklerotik kalp damar hastalığı ve/veya hedef organ hasarı olmaksızın</i>) 4. 50 yaş altında ise risk skoru %2,5-7,5 olanlar 5. 50-69 yaş arasında ise risk skoru %5-10 olanlar 6. 70 yaş ve üzerinde ise risk skoru %7,5-15 olanlar
Düşük-Orta Risk	1. Tip 1 diyabeti olup 40 yaş üstünde olanlar veya tip 2 diyabet hastaları (<i>aterosklerotik kalp damar hastalığı ve/veya şiddetli hedef organ hasarı olmaksızın</i>) 2. 10 yıldan daha az kontrol altında diyabeti olan ve hedef organ/aterosklerotik kardiyovasküler hastalık riskleri taşımayan hastalar 3. 50 yaş altında ise risk skoru %2,5'tan az olanlar 4. 50-69 yaş arasında ise risk skoru %5'in altında olanlar 5. 70 yaş ve üzerinde ise risk skoru %7,5'in altında olanlar

2. Kardiyovasküler Risk Düzeylerine Göre Yaklaşım

- **Düşük-orta risk:** Genel tıbbi muayeneyi tamamlayarak yaşam tarzı değişiklikleri önerilerinde bulunulur.
- **Yüksek risk:** Hipertansiyon ve/veya hiperlipidemi için yaşam tarzı değişiklikleri önerileri ile birlikte antihipertansif ve/veya antihiperlipidemik tedavi başlanır.
- **Çok yüksek risk:** Hipertansiyon ve/veya hiperlipidemi için yaşam tarzı değişiklikleri önerileri ile birlikte antihipertansif ve/veya antihiperlipidemik tedavi başlanır. Son bir yıl içinde branş muayenesi (kardiyoloji-nefroloji-dahiliye-endokrinoloji) olup olmadığı sorgulanır, yoksa ileri değerlendirme için branş muayenesi (branş ve gerekçe eklenerek) talep edilebilir.

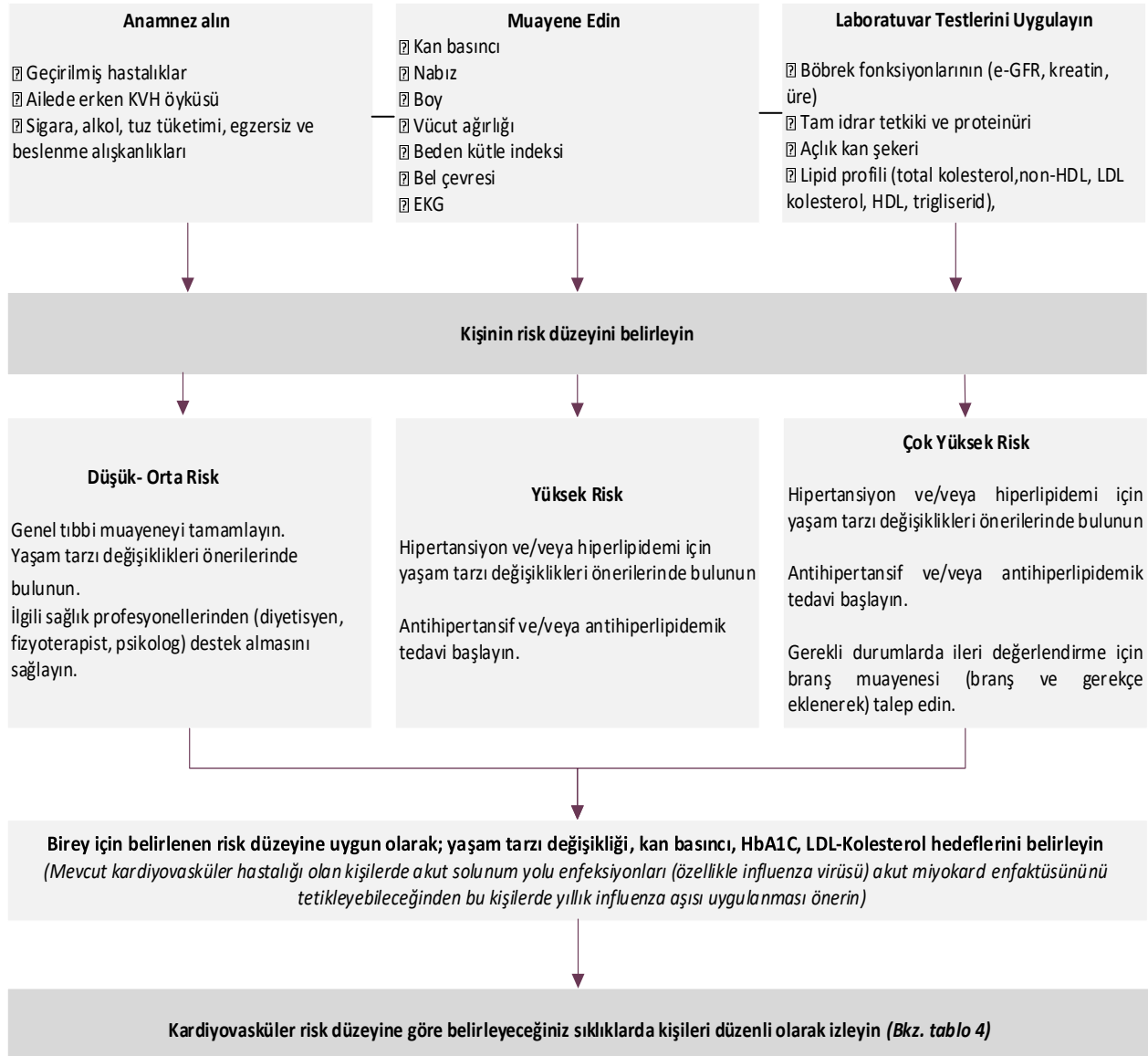
3. Tedavide Davranış Değişikliğini Kolaylaştırmada Etkili İletişim İlkeleri

- Hastaya yeterli süre ayırın
- Hastanın, yaşam tarzı ile hastalık arasındaki ilişkiyi anladığından emin olun
- Yaşam boyunca devam etmiş olan alışkanlıkları değiştirmenin zor olabileceğini ve yavaş yavaş ortaya çıkıp devam ettirilen değişikliğin genellikle daha kalıcı olduğunu kabul edin
- Hastanın, yaşam tarzı değişikliği yapmayı kabul etmesini sağlayın
- Hastanın, değiştirilecek risk faktörlerini belirleme işine katılmasını sağlayın
- Değiştirilecek potansiyel engelleri araştırın
- Davranışlar ve sağlık arasındaki ilişkiyi anlamak için bireylere yardım edin
- Davranış değişikliği konusundaki engelleri değerlendirmede bireylere yardımcı olun
- Yaşam tarzı değişim planı tasarlayın
- Tedavi planı geliştirin
- Diğer sağlık çalışanlarını sürece katın

KARDİYOASKÜLER RİSK DEĞERLENDİRMESİ TEDAVİ VE İZLEM ALGORİTMASI

40 yaşından büyük sağlıklı her bireyi, en az bir kez, 10 yıllık risk hesaplaması yapmak için davet edin
(başka bir nedenle başvuru, sms, telefon, e-posta vb. yoluyla)

Davet sonucu gelen kişileri değerlendirin ve aşağıdaki bilgileri kaydedin



KARDİOVASKÜLER RİSK DEĞERLENDİRMESİ YAPILAN BİREYLERE VERİLECEK YAŞAM TARZI MÜDAHALE ÖNERİLERİ

Sağlıklı Beslenme	Fizik Aktivite	Tütün/Tütün Mamülleri Bırakma ve Alkol Kullanmama
1- Yağı Azaltın. Bitkisel yağlar ve balık yağı ile beslenin. Doymuş yağ alımı alınan kalorilerin %10'undan daha düşük olacak şekilde azaltılmalıdır. Trans yağ asidi alımı ise mümkün olduğunca azaltılmalı veya hiç alınmamalıdır. Az yağlı süt ürünleri kullanın. Yağsız et tüketin. 2- Günlük tuz alımını en az üçte bir oranında azaltın. Tuzu, günde 5 gr'dan fazla tüketmemeye dikkat edin (Hipertansif kişiler başta olmak üzere tüm bireyler). 3- Haftada en az 2 kez balığa yer verin. 4- Günlük 200gr (2-3 porsiyon) meyve ve günlük 200gr (2-3 porsiyon) sebze tüketin 5- Tam tahılları ve ürünlerini tercih edin.Günlük lif 30-45 g alınmalı; bunun için kepekli ürünler, meyve ve sebzeler tercih edilebilir. 6- Posalı (lifli) gıda tüketiminizi arttırın. 7-Şekerle tatlandırılmış içecekler tüketmeyin. 8-Bel çevrenizi ölçün/ölçtürün. Kadında bel çevresi 80-88 cm ise erkekte 94-102 cm üstünde ise daha fazla kilo alınmamalıdır. Kadında ≥88 cm ve erkekte ≥102 cm ise sağlık için kilo verilmelidir.	1- Fiziksel aktiviteyi artırın. Her yaştan sağlıklı yetişkinlere haftada en az 2,5 saati orta şiddette fiziksel aktivite veya aerobik egzersiz yapmalarını önerin.(Fiziksel aktivite/aerobik egzersizler her biri ≥10dk süren ve haftada 4-5 gün boyunca eşit olarak yayılmış, çoklu uygulamalar halinde gerçekleştirilmelidir.Haftada 2-3 kez direnç egzersizi (şınav, çekme, çömelme, plank vb.) önerin.) 2- Öyküsünde akut myokart enfarktüsü, KABG, PKG, kararlı angina pektoris veya kararlı koroner kronik kalp yetersizliği olan hastalarda kardiyoloji uzmanının bireysel önerisine uygun yoğunlukta aerobik egzersiz yapmalarını önerin. 3- Sedanter hastaları, uygun şekilde egzersiz ile ilgili risk değerlendirmesi yaptıktan sonra, hafif yoğunlukta egzersiz programlarına başlamaları için kuvvetle teşvik edin. 4-Y emek sonrası 2 saat hariç, iklim koşullarına uygun egzersiz (yürüme, yüzme vs.) önerin.	1- Tütün ve tütün mamülü kullanmayın ve içilen ortamlardan uzak durun.Tütün ve tütün mamülü kan basıncını ve kalp atım hızını arttırır. HDL kolesterol düzeyini düşürür, kanın pıhtılaşma eğilimini arttırır. Ani kalp krizine neden olur. 2- Tütün ve tütün mamülü kullanmayı bırakın.Tütün ve tütün mamülü içicisi olarak tanımlanan tüm hastalara tütün ve tütün mamülü bırakma önerisinde bulunun (Bu kişilerle, herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile bağlantı kurulduğunda tütün ve tütün mamülü bırakma önerisine daha açık olabilmektedir). Ne söyleneceği ve nasıl söyleneceği; öneride bulunan hekime, öneriyi alan kullanıcıya ve önerinin bulunduğu duruma bağlıdır. Hastaya bırakma önerisinde bulunurken, net cümleler kurun, kanıtlardan yararlanarak güçlü mesaj verin. Güçlü ve bireyselleştirilmiş bir şekilde bırakması için aşağıdaki mesajlar gibi mesajlar vererek teşvik edin. • Tütün kullanımı; kalp ve akciğer hastalığını, kalp krizi ve/veya inme riskini artırır. • Tütün kullanımını bırakmak kalbinizi ve sağlığını korumak için yapabileceğiniz en önemli şeydir. • Artık bırakmak zorundasınız vb. 3- Tütün ve tütün mamülü bırakmayı düşünenler için 5A* yaklaşımı, tütün ve tütün mamülü bırakmayanlar için 5R** yaklaşımı uygulanmalıdır. 4- Hastaya bilişsel terapi önerilmelidir. 5- Alkol kullanmayın. *Ask (öğren) Advise (öner) Assess (ölç) Assist (önderlik) Arrange (örgütüle) ** Relevance (ilişki) Risks (riskler) Rewards (ödülleri) Roadblocks (engeller) Repetition (tekrar)

Tablo 3. Kardiyovasküler Risk Yönetimi Hedefleri

Kardiyovasküler Hastalık Riski	Yaşam Tarzı Değişikliği Hedefi	Kan Basıncı Hedefi	HbA1C Hedefi	LDL-Kolesterol Hedefi	Trigliserit Hedefi
Çok Yüksek Risk Yüksek Risk Düşük-Orta Risk	- Sigara kullanmama, kullanıyorsa bırakma, - Sebze ve meyveden zengin beslenme, - Tuz kullanımının kısıtlanması, - Doymuş ve trans yağ kullanımının azaltılması - Tercihen haftanın her günü 30 dakika, orta şiddette fiziksel aktivite (fiziksel aktivite/aerobik egzersizlerin her biri, 10 dakika ve üzerinde süren ve haftada 4-5 güne eşit olarak yayılmış çoklu uygulamalar halinde gerçekleştirilmeli) - Vücut Kütle İndeksi: 20-25 kg/m² - Bel çevresi: Erkeklerde <94 cm Kadınlarda <80 cm - Alkol kullanmama	- HT tanısı olanlar ile HT tanısı olmayan ancak yüksek ve çok yüksek riskli olanlar için; TA<130/80 mmHg - Düşük-orta riskte olanlar için; TA<140/90 mmHg	%6,5 altında olması	Çok yüksek riskli bireylerde; hastanın LDL kolesterol değerini başlangıç değerine göre en az %50 azaltmak ve ideal hedef değeri olan 55 mg/dL altında olmasını sağlamak Yüksek riskli bireylerde; hastanın LDL kolesterol değerini başlangıç değerine göre en az %50 azaltmak ve ideal hedef değeri olan 70 mg/dL altında olmasını sağlamak Düşük-orta riskli bireylerde; 100 mg/dL altında olmasını sağlamak	- Trigliserit (TG) için özel hedef yok. - TG düzeyinin <150 mg/dL olması tercih edilir.
Toplum Geneli	Sağlıklı yaşam davranışlarını hatırlatmak	TA≤140/90 mmHg;		115 mg / dL altında olması (<3.0 mmol / L)	-

4. İzlem

İlk defa taraması yapılarak kardiyovasküler risk düzeyi belirlenen kişiler, risk gruplarına göre, aşağıda yer alan sıklıklarda tekrar izlenmelidir.

Tablo 4. Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Sıklıkları

Risk Grubu	Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Sıklığı
Düşük-Orta Risk Grubu	2 yılda bir
Yüksek Risk Grubu	Kişiye özel izlem sıklığı belirleyiniz (6, 12, 24 ay)
Çok Yüksek Risk Grubu	Kişiye özel izlem sıklığı belirleyiniz (3, 6,12 ay)

5. Kayıt

- **Düşük-orta riskli bireyler;** genel tıbbi muayene (Z00.0) tanı kodu ile kaydedilir.
- **Yüksek ve çok yüksek riskli bireyler;** hiperlipidemi (E78 tanı kodları ve alt kodları) tanı kodu/kodları ile kaydedilir ve uzman hekime yönlendirilir.

Not: Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak, hastalıklarının öz yönetimini kolaylaştırmak ve sağlık kuruluşlarındaki fiziksel başvuru yoğunluğunu azaltmak için gereken hastalarda uzaktan sağlık hizmeti (Tele Sağlık) kapsamında Dr. e-Nabız Sistemi ile hastanın izlemi yapılabilir.

BÖLÜM 7. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI İÇİN ÇOK YÖNLÜ YAŞLI DEĞERLENDİRMESİ VE İZLEMİ (AH)

Çok yönlü yaşlı değerlendirmesinin amacı yaşlı bireye bütüncül bir bakışla yaklaşarak biyo-psikososyal değerlendirmesini yapmaktır. Bu doğrultuda, 65 yaş ve üzeri her birey yılda en az bir kez genel durum değerlendirmesi için davet edilir. Değerlendirmeler yaşlı bireyin durumuna uygun olarak sağlık kurumunda (aile sağlığı merkezi/toplum sağlığı merkezi/sağlıklı hayat merkezi), bireyin evinde veya huzurevinde/bakımevinde yapılabilir.

Yaşlı bireyde tedavi ve izlem yaklaşımı:

- Yaşlı bireye yeterli süre ayırın.
- Yaşlı bireyin yaşam tarzı ile hastalıklar arasındaki ilişkiyi anladığından emin olun.
- Yaşam boyunca devam etmiş olan alışkanlıkları değiştirmenin zor olabileceğini ve yavaş yavaş ortaya çıkıp devam ettirilen değişikliğin genellikle daha kalıcı olduğunu anlatın.
- Yaşlı bireyin değiştirilecek risk faktörlerini belirleme sürecine katılmasını sağlayın.
- Davranış değişikliği konusundaki engelleri değerlendirmede bireylere yardımcı olun.
- Yaşam tarzı değişim planı tasarlayın.
- Tedavi planını yaşlı birey ile ailesinin katılımı ile geliştirin.
- Diğer sağlık çalışanlarını sürece katın.
- Her kontrolde ilaç tedavisini ve beslenme durumunu yeniden gözden geçirin.

1. Anamnez

Kapsamlı geriatrik değerlendirmede kişinin şikâyetleri, semptomları ve mevcut hastalıkları sorgulanır. Sorgulama esnasında yaşlılarda atipik prezentasyon her zaman akılda tutulmalıdır. Yaşlıda -özellikle kırılğan yaşlıda- hiperdinamik yanıtların küntleşmesi sebebiyle hastalıkların klinikleri daha silik olabilir; örneğin yaşlıda enfeksiyonda ateş yerine hipotermi görülebilir; polifarmasi sebebiyle taşikardik yanıtlar küntleşmiş olabilir; bilinç bulanıklığı, gençlerde çoğu zamanda beyin görüntülemesi gerektirirken, yaşlıda idrar yolu enfeksiyonunun ilk semptomu olabilir veya deliryumun bir bulgusu olabilir.

Bireyin sigara ve alkol kullanımı, beslenme durumu ve egzersiz yapma alışkanlıkları sorgulanır, bireysel dayanıklılık ve kuvvet planı (1) oluşturulur (Ek-2). Sigara kullanan bireylerde bırakma önerisinde bulunulur, gerekli görüldüğü takdirde sigara bırakma polikliniğine yönlendirme yapılır. 30 paket/yıl üzeri sigara içme öyküsü (2) olup halen sigara içmekte olan veya son 15 yıl içerisinde sigarayı bırakmış olan bireyler, ileri tetkik için göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirilmek açısından değerlendirilir.

2. Fizik Muayene

Genel fizik muayene yapılır. Ayrıca ilk değerlendirmede ve yıllık takiplerde kan basıncı, nabız, boy, ağırlık ölçümleri yapılır, Beden Kütle İndeksi (BKİ) hesaplanır. Ayrıca, ara izlem yapıldığı takdirde bu izlemlerde de kan basıncı, ağırlık ölçümü ve BKİ indeksi hesaplanması tekrarlanır. Kronik hastalık tarama ve izlemleri ilgili kılavuzlara uygun olarak yapılır.

3. Geriatrik Değerlendirme

Her yaşlı bireye yılda en az bir kez olacak şekilde geriatrik değerlendirmeye yardımcı ilgili tarama testleri uygulanır. Yaşlı izlemi için önerilen çok yönlü geriatrik değerlendirmeler yapılarak kaydedilir (Tablo-3);

- Polifarmasi/ Uygunsuz /Eksik ilaç/Diğer tedavilerin kullanımının değerlendirmesi
- Bağışıklama değerlendirmesi
- Fonksiyonel değerlendirme
- Görme değerlendirmesi
- İşitme değerlendirmesi
- Ağız ve diş sağlığı değerlendirmesi
- Düşme değerlendirmesi
- Sarkopeni değerlendirmesi
- Kırılabilirlik değerlendirmesi
- Beslenme değerlendirmesi
- Duygudurum değerlendirmesi
- Kognitif değerlendirme
- Üriner/fekal inkontinans değerlendirmesi
- Basınç yaralanması değerlendirmesi
- Osteoporoz değerlendirmesi
- İhmal/ istismar değerlendirmesi

Polifarmasi: Birden fazla sağlık sorununun tedavisi için çok sayıda ilaç kullanılması ‘polifarmasi’ olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma uyması için kullanılması gereken minimum ilaç sayısı literatürde genel olarak 5-10 arasında değişmektedir (3). Yaşlı bireylerde sıklıkla çok sayıda ilaç reçete edilmekte, bu durum da bireyleri ilaç-ilaç etkileşimleri ve ilaç yan etkileri açısından riske sokmaktadır. Bu nedenle klinisyen tarafından yaşlı bireylerin kullanmakta oldukları tüm ilaçların her ziyarette sorgulanması önem taşımaktadır. Bu açıdan da önerilen bireyin kullanmakta olduğu ilaçları yanında getirmesinin istenmesidir ki bu şekilde tıbbi kayıtlarda yer alan ilaçları kullanmakta olup olmadığı ve tıbbi kayıtlarda yer almayan hangi tedavileri aldığı değerlendirmesi daha doğru bir şekilde yapılabilir. Yaşlı bireylerde alternatif tedaviler (bitkisel ürünler, vitaminler, takviyeler vs.) kullanıp kullanmadıklarının sorgulanması da ayrı önem taşımaktadır (4).

Fonksiyonel değerlendirme: Fonksiyonel durum, günlük yaşam için gerekli olan aktiviteleri yerine getirebilme yeterliliğini kapsamaktadır. Sağlık durumlarından doğrudan etkilenen fonksiyonel kapasitede herhangi bir değişiklik olduğunda ileri değerlendirme ve müdahale gerekmektedir (4). Fonksiyonel değerlendirme için en sık kullanılan değerlendirme yöntemleri; Günlük Yaşam Aktivitelerinde Katz Bağımsızlık İndeksi, Lawtonun Günlük Enstrümental Yaşam Aktivite Skalası ve 4 metre yürüme testidir.

Görme değerlendirmesi: Görme değerlendirmesinde, Jaeger kartı yakın görmede, Snellen görme kartı uzak görmede kullanılabilirse de özellikle diyabetli ve glokom açısından yüksek risk altındaki yaşlılarda bir oftalmolog tarafından periyodik muayene yapılması önerilir (5).

İşitme Değerlendirmesi; İşitme değerlendirmesi için yapılabilecek basit bir tarama testi şu şekildedir (6);

Tablo 1 İşitme Değerlendirmesi

Değerlendirme	Puan
70 yaşın üstünde mi?	Evet ise 1 puan
Cinsiyeti erkek mi?	Evet ise 1 puan
12 yıl veya altı bir eğitim süresi var mı?	Evet ise 1 puan
İşitme sorunu nedeniyle daha önce doktor ziyareti oldu mu?	Evet ise 2 puan
Yardımcı cihaz olmadan odanın diğer tarafındaki bir kişinin fısıldamasını yüzüne bakmadan duyup anlayabiliyor mu?	Hayır ise 1 puan
Yardımcı cihaz olmadan odanın diğer tarafındaki bir kişinin normal sesle konuşmasını yüzüne bakmadan duyup anlayabiliyor mu?	Hayır ise 2 puan
* Sonuç ≥ 3 ise: Pozitif tarama sonucu. İleri değerlendirme yapılır.	

İşitmenin değerlendirilmesinde önerilen bir diğer test de fısıltı testidir. Uygulaması kolay, duyarlılık ve özgüllüğü %70-100 arasında olan bu testte hastanın 20–40 cm arkasına geçilir, bir kulak kapatılır, 3 kelime söylenir ve hastanın bu kelimeleri tekrar etmesi istenir (5).

Ağız-diş sağlığı değerlendirmesi: Yaşlı bireylerde ağız-diş değerlendirmesi için ‘DENTALS’ (Dry mouth (Kuru ağız), Eating difficulty (Yeme zorluğu), No recent dental care (Yakın zamanda diş bakımı yapılmaması), Tongue and oral lesions (Dil ve ağız lezyonları), Altered food selection (Yemek seçiminde değişiklik), Lips and oral pain (Dudaklar ve oral ağrı), Social/psychological effects (Sosyal/psikolojik etkiler) yöntemi kullanılabilir (5).

Düşme riski değerlendirmesi: Toplumdaki yaşlı bireylerin yaklaşık 1/3’ünden fazlası her yıl düşmekte, bu düşmeler de fonksiyonel kayıplarla bağımsız bir ilişki göstermektedir. Bu nedenle düşmelerin değerlendirilmesi önem taşımakta, her yaşlı bireye en az yılda bir kez düşme öyküsünün olup olmadığının sorgulanması gerekmektedir (4).

Sarkopeni riskinin değerlendirilmesi: İskelet kası kütlesi ile gücünde ilerleyici ve yaygın kayıp ile karakterize bir sendrom şeklinde tanımlanan sarkopeni, yaşlı popülasyonda sık görülen önemli geriatrik sendromlar arasında yer almaktadır. Güç kaybı, düşme, kemik kırılabilirliğinde artma, sakatlık, hareketsizlik, bağışıklığın baskılanması, solunum fonksiyonlarının bozulması, yaşam kalitesinin azalması, morbidite ve mortalite riskinin artması gibi olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkilidir. Hastaneye yatış riskini, yatış süresini ve bakım maliyetini de artırmaktadır. Sarkopeninin hem sık görülmesi, neden olduğu olumsuz sağlık sonuçları hem de tanı konulduğu takdirde kontrol altına alınmasına yönelik etkin ve kolay uygulanabilir müdahaleler bulunması bu durumun birinci basamak sağlık hizmetlerinde değerlendirilmesi gerekliliğini gündeme getirmektedir (7).

Kırılabilirlik değerlendirmesi: Kırılabilirlik; fizyolojik gerileme sonucu ortaya çıkan ve düşmeler, kırıklar, hastaneye yatışlar, cerrahi komplikasyonlar, engellilik, bağımlılık ve ölüm gibi olumsuz sonuçlara karşı artan duyarlılık ile karakterize klinik bir sendromdur. Klinik kırılabilirlik ölçeği yaşlı bireylerde kırılabilirliğin hızlı ve etkin bir şekilde değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Kırılabilirliğin önlenmesi ve yönetimi için planlanabilecek müdahaleler egzersiz ve beslenme desteğini içermektedir (8).

Beslenmenin değerlendirilmesi: Yaşlılarda malnütrisyonun tek bir tanımı yoktur. Son 6 ay içindeki %10 ve daha fazla istemsiz kilo kaybı artmış morbidite ve mortalite ile birlikte, malnütrisyon açısından daha ileri değerlendirme gerektirir (5).

Duygudurum değerlendirmesi: İleri yaşlarda görülen depresif bozukluk, fonksiyonel durumda bozulmaya, sağlık kaynaklarının gereksiz kullanımına hatta mortalite artışına neden olan, buna karşın sıklıkla tanı ve tedavisinde yetersiz kalınan bir sağlık sorunudur. İleri yaşlarda depresyon atipik bir seyir gösterebilmektedir ve kognitif bozukluğu olan bireylerde depresyonu değerlendirmek zor olabilmektedir. Depresyon değerlendirmesi için iki soru ile tarama yapılabilmektedir. Bu iki soruluk tarama testinin duyarlı olduğu gösterilmiş olsa da yeterli özgüllüğe sahip olmadığından pozitif sonuç çıkanlarda sonrasında uzun değerlendirme testi yapılması önerilmektedir (4).

Kognitif değerlendirme: Demans prevalansı yaşla birlikte artmakta, bu artış özellikle 85 yaş üzerinde belirginlik göstermektedir. Bu anlamda, erken tanı hem tedavi edilebilir durumları ortaya koyma hem de erken tedavi planlamasına olanak sağlamaktadır. Kısa kognitif değerlendirme testleri ve hastanın öyküsü aracılığıyla yapılabilecek bir değerlendirme sonrasında kognitif bozukluğa dair herhangi bir şüphe bulunması durumunda ileri değerlendirme yapılması gerekmektedir (detaylı mental durum analizi, nöropsikolojik değerlendirme, MR, BT gibi) (4). Kognitif bozukluk tespit edilen hastalarda değerlendirme yapılırken öncelikle buna yol açan geri dönüşlü nedenlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Geri dönüşlü nedenler arasında deliryum, depresyon ve serebrovasküler hastalık bulunmakta olup bunlara neden olan faktörler ve alt tipleri Tablo 2’de detaylı olarak yer almaktadır. Bu hastalarda öncelikle Vit B12, hemogram, TSH bakılması önerilmektedir (Tablo 3) (9,10).

Tablo 2 Hafıza Kaybının Ayırıcı Tanısı

Semptom	Sık Görülen Neden	Örnekler
Kısa süreli hafıza kaybının kademeli olarak başlaması (yakın zamanlı hafıza kaybı gibi) ve l'den fazla alanda işlevsel bozulma: Yürütme işlevi (mali işler, alışveriş, yemek pişirme, çamaşır yıkama, ulaşım) Temel günlük yaşam aktiviteleri (beslenme, giyinme, banyo, tuvalet, transferler)	Demans	Alzheimer hastalığı, Parkinson demansı, Lewy cisimcikli demans, frontotemporal demans, alkole bağlı demans, Creutzfeldt-Jakob hastalığı
Kognitif fonksiyonlarda kademeli bozulma; konfüzyon, afazi, konuşma bozukluğu, fokal güçsüzlük atakları	Serebrovasküler hastalık	Vasküler demans, çoklu enfarkt demansı, Binswanger demansı (subkortikal demans)
Akut kognitif bozuklukla birlikte bulanık zihinsel durum; dikkat güçlüğü bulunur, hipersomnolans olabilir	Delirium	Hipo veya hiperglisemi, hipo veya hipernatremi, hipoksemi, anemi, aralıklı serebral iskemi, tirotoksikoz, miksödem, alkol yoksunluğu, sepsis, ilaçlar (özellikle kolinerjikler, benzodiazepinler, opioidler, vb.)
Hafıza kaybı, konsantrasyon azalması, muhakeme bozukluğu, sabahları daha kötü hissetme ve umutsuzluk şikayetleri	Depresyon	Minör depresyon, distimik bozukluk, majör depresyon, patolojik yas reaksiyonu

Kontinans değerlendirmesi: Üriner inkontinans özellikle yaşlılarda olmak üzere her yaşta görülebilmekte, yaşlı erkeklerin yaklaşık %15'inde, kadınların da %30'unda ortaya çıkmaktadır (11). İnkontinans yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkilemekte; utanç, damgalanma, izolasyon ve hatta depresyona neden olabilmektedir. Yatağa bağımlı hastalarda idrar, ciltte tahrişe neden olmakta, bu durum basınç ülseri oluşumuna kadar ilerleyebilmektedir. Buna ilaveten örneğin sıkışma tipi inkontinans da yaşlı bireylerde düşme ve kırıklara neden olabilmektedir. Bu kadar önemli sorunlara yol açan inkontinansın değerlendirilmesi ise oldukça kolaydır. Bu amaçla 'Hiç idrar kaçırdınız mı?' sorusunun sorulması yeterlidir (11). Yanıtı evet olan bireylerde öncelikle inkontinansın geçici/sekonder nedenlerine yönelik değerlendirme yapıp bu nedenlerden biri tespit edilirse de tedavi edilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirmede de **DIAPPERS**; **Delirium** (Akut konfüzyonel bozulma), **Infection** (İdrar yolu enfeksiyonları), **Atrophic Vaginitis** (Atrofik vajinit), **Pharmaceuticals** (İlaçlar), **Psychological** (Psikolojik nedenler), **Excess fluids** (Fazla sıvı artışı veya alımı), **Restricted mobility** (Hareket kısıtlanması, immobilité), **Stool impaction** (Fekal impakt) yöntemi kullanılabilir (EK-4) (14).

Fekal inkontinans; istemsiz gaz ve/veya sıvı gaita kaçıışı (minör inkontinans) ve istemsiz katı gaita kaçıışı (majör inkontinans) olarak ikiye ayrılmakta ve yaşla birlikte görülme sıklığı artmaktadır. Üriner inkontinansa benzer şekilde bireyin kendine güvenini engelleyebilen bir durum olup

anksiyete ve sosyal izolasyona yol açabilmektedir. Fekal inkontinansta altta yatan neden kişinin tıbbi hikayesi, fiziksel muayenesi ve tanısal testler ile ortaya konulabilmekte ve altta yatan nedene göre de farklı tedaviler (medikal tedavi, cerrahi, nöroterapi gibi) uygulanabilmektedir (13).

Basınç yaralanması değerlendirmesi: Yaşa bağlı değişikliklerden olan cilt kuruluğu, cilt altı yağ dokusunun kaybı, azalmış immun cevap, ayrıca azalmış mobilite ve malnutrisyon, komorbid hastalıkları olan yaşlılarda cilt problemlerini ağırlaştırabilir ve/veya çözümünü geciktirebilir (5).

Osteoporoz değerlendirmesi: Osteoporoz; düşük kemik kütlesi, kemikte mikroyapısal bozulma, iskelet kırılabilirliği ile karakterize sık görülen bir durum olup kırık gelişme riskini artırmaktadır (14). Frajilite kırıkları boy yüksekliğinde bir yerden düşme gibi minimum bir travma ile meydana gelebilen kırıklar olarak tanımlanmaktadır. Bu kırıklar en fazla omurga, kalça ve el bilekte görülmektedir. Osteoporoz taramasının amacı düşük şiddette travmaya bağlı kırık gelişme riski olan ve bu riski minimuma indirecek müdahalelerden fayda görece bireylerin tespit edilmesidir (14). Osteoporoz değerlendirmesi için kadınlarda 65 yaş (kırık için klinik risk faktörü olan postmenapozal kadınlarda da 65 yaş altında) erkeklerde de 70 yaş üstünde (risk faktörü varsa 50-70 yaş arasında) kemik mineral dansitometrisi yapılması önerilmektedir (14-15).

Tablo 3 Geriatrik Değerlendirmeler

Testin adı	Açıklama	Değerlendirme ve Yönlendirme
Polifarmasi ve Uygunsuz /Eksik İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi	Hastalarda her izlemde polifarmasi/uygunsuz ilaç/eksik ilaç ve diğer tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi yapılır.	Polifarmasi ve/veya uygunsuz/eksik ilaç kullanımı tespit edilen hastalarda gerekli değerlendirme, tedavi düzenlemeleri ve yönlendirmeler yapılır. Her izlemde bu değerlendirme yapılır.
Bağışıklama Durumunun Değerlendirilmesi	Bireylerin 'Influenza aşısı, Konjuge Pnömonokok Aşısı, Polisakkarit Pnömonokok Aşısı, Tetanoz aşısı, Herpes Zoster Aşısı ve KPA-20 aşısı olup olmadıkları sorgulaması yapılır.	Yapılmamış aşılar için erişkin aşı takvimine göre uygulama önerisinde bulunulur.
Fonksiyonel Değerlendirme	Bireye Katz ve Lawton Brody Testleri (Ek-1) yapılır.	Fonksiyonel değerlendirme testlerinden tam puan alan hastaların yıllık izlemine devam edilir. Katz testinde herhangi bir soruda 'kendi yapamıyor' işaretlenirse gerekli eğitim ve yönlendirmeler (sosyal çalışmacı, hasta yakını vs.) yapılır, hasta yakın takibe alınır ve HYP izlemi 6 ayda bir yapılır. Lawton Brody testine göre de birey eğer özellikle ilaç kullanımında destek alıyorsa veya 4 üstü maddede destek alıyorsa ilgili eğitim ve yönlendirme (sosyal çalışmacı, hasta yakını vs.) yapılması önerilir (Bu kriterin dışında herhangi bir maddede destek alınıyorsa o maddeye özel değerlendirme yapılması gerektiği de unutulmamalıdır) yakın takibe alınır ve HYP izlemi 6 ayda bir yapılır.

Görme ve İşitme Değerlendirmesi	Bireylerde işitme/görme sorunu olup olmadığı değerlendirilir.	Bireylerin yıllık rutin HYP izlemine devam edilir. Görme sorunu olduğundan şüphelenilen bireylerde ileri değerlendirme (Snellen Testi) ve gerekli yönlendirmeler yapılır. İşitme sorunu olduğundan şüphelenilen bireylerde de ileri değerlendirme (fısıltı testi) ve gerekli yönlendirmeler yapılır.
Ağız-Diş Sağlığı Değerlendirmesi	Bireylerde ağız-diş sağlığı açısından genel değerlendirme yapılır.	Bireyler yıllık rutin HYP izlemine alınır. Değerlendirme sonucunda sorun tespit edilen hastalarda gerekli yönlendirmeler yapılır.
Düşme Değerlendirmesi	Bireye son bir yılda düşme öyküsünün olup olmadığı sorulur ve yanıt ‘evet ‘ise aşağıdaki durumlar sorgulanır (16); • Hasar • Yılda 2’den fazla düşme • Kırılgan • Düşme sonrası kalkamama • Bilinç kaybı veya bayılma şüphesi	Düşme değerlendirmesi sonucundan bağımsız olarak bireylerin yıllık izlemine devam edilir. Düşme öyküsü olup sonraki değerlendirmede yer alan maddelerden en az biri pozitif ise gerekli yönlendirmeler (FTR, nöroloji, kardiyoloji, iç hastalıkları, ortopedi) yapılır. Yıllık HYP izlemine devam edilir.
Sarkopeni Riskinin Değerlendirilmesi	Sarkopeni riskini değerlendirmek için bireye SARC-F anketi uygulanır (Ek-1) (17).	Uygulanan anketten 4 puan ve üzeri alanlar ‘Sarkopeni Riski’ olan bireyler olarak değerlendirilerek yakın takibe alınır, HYP izlemleri 6 ayda bir yapılır. Bu bireylerde diyetisyen desteği ile kas gücü/hız ve kitlesi artırıcı diyet ve egzersiz planlaması yapılır, gerekli görüldüğünde fizik tedavi uzmanı ve/veya geriatri uzmanına yönlendirilirler.

Kırılgnlık Durumunun Değerlendirilmesi	Kırılgnlık durumunu değerlendirmek amacıyla bireye klinik kırılgnlık ölçeğı (Ek-1) uygulanır.	Klinik kırılgnlık ölçeğinde; 4 ve üzeri puan alanlara egzersiz ve beslenme önerisi verilir, hastalar yakın takip edilir ve HYP izlemi 6 ayda bir yapılır. 4 altı puan alan bireylerde ise yıllık HYP izlemine devam edilir.
Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi	Bireye aşağıdaki iki soru sorulur; 1) Son 6 ayda kilosunun %10'unu kaybetti mi? 2) BKİ ≤ 22 mi? Bunlardan birine evet cevabı verilirse Mini Nutrisyonel Tarama Testi (MNA) (Ek-1) yapılır.	MNA tarama testi sonucunda 11 puan veya daha düşük alan hasta yakın takip edilir, malnutrisyon açısından değerlendirilir (Ek-3) (18), gerekli ise ilgili branza/branşlara (KBB, nöroloji, diş hekimi, geriatri, endokrinoloji, dahiliye, genel cerrahi, diyetisyen) yönlendirilir ve 6 ayda bir HYP izlemi yapılır. MNA testinde 11 puan üstü alan bireylerin ise yıllık izlemine devam edilir.
Duygu Durum Değerlendirmesi	Bireye iki soru sorulur; 1) Son bir ay içinde kendinizi üzgün veya kederli hissettiniz mi? 2) Son bir ayda iş ve uğraşlarda zevk ve ilgi azalması oldu mu? Sorulardan birinin yanıtının 'evet' olması durumunda hastaya Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası (GDS- kısa) (Ek-1) uygulanır.	GDS'de 5 ve üzeri puan alan bireyler depresyon açısından klinik olarak değerlendirilir. Bu bireyler 6 ayda bir HYP izlemine alınır (depresyon tanısı konulduğu takdirde daha erken takibe alınabilir). Duygudurum değerlendirmesi sonucunda bireylerde herhangi bir sorun tespit edilmezse yıllık HYP izlemine devam edilir.
Kognitif Değerlendirme	Bireyin demansının olup olmadığı sorgulanır, daha önce demans tanısı almamış hastalara 3 kelime testi (19) yapılır. Bu test iki aşamadan oluşmaktadır: 1) 3 Kelime Kaydı: Hastaya öncelikle 3 kelime söyleneceğı, bu kelimeleri aklında tutması gerektiğı ifade edilir. Hastanın anladığı kanaatine varıldığında hastaya 3 kelime (mavi-şahin lale gibi) en fazla iki kere olmak kaydıyla söylenir ve	Bireyler kendilerine söylenen 3 kelimeyi kayıt eder ve hatırlarsa yıllık izlemlerine devam edilir. 3 kelimedenden en az birini öğrenemez veya hatırlayamazsa hekim tarafından değerlendirilerek yakın takibe alınır, geri dönüşlü sebepler değerlendirildikten sonra gerekli görülürse

	en fazla 20 sn ipucu verilmeden beklenerek tekrar etmesi beklenir. 2) 3 Kelime Hatırlama: Bu testin yapılması için ilk testten sonra hastaya başka bir görev verilmiş veya başka bir konu hakkında soru sorulmuş olması gerekir. Bekleme süresinde diğer değerlendirme testleriyle devam edilir. Hastaya daha önce söylenmiş olan 3 kelimeyi hatırlayıp hatırlamadığı sorulur.	ilgili branşlara yönlendirilir (Psikiyatri, geriatri, nöroloji) ve HYP izlemi 6 ayda bir yapılır.
İnkontinans Değerlendirmesi	Bireye üriner/fekal inkontinans olup olmadığı sorulur. Yanıt ‘Evet’ ise ileri değerlendirme yapılır.	Sorgulama sonucundan bağımsız olarak bireylerin yıllık rutin izlemine devam edilir. Üriner inkontinans olan bireylerde inkontinansın geçici nedenleri (DIAPPERS) değerlendirilir (Ek-4) (12). Bu değerlendirme sonucuna göre hastaya gerekli müdahale ve tedaviler planlanır, lüzumu halinde uygun görülen yönlendirmeler (genel cerrahi, geriatri, üroloji, kadın doğum) yapılır. Fekal inkontinans varsa hasta ilgili branşa yönlendirilir (Nöroloji, genel cerrahi, geriatri).
Basınç yaralanması Değerlendirmesi	Hastada basınç ülserinin olup olmadığı değerlendirilir. Basınç ülseri olmayan bireylere günde 2 saatten fazla immobil kalıp kalmadığı sorusu sorulur. Yanıtın ‘evet’ olması durumunda BRADEN değerlendirmesi (Ek-1) uygulanır. BRADEN ölçeği sonucuna göre hastaya gerekli eğitim ve yönlendirmeler yapılır.	Basınç yaralanması olan bireylerde gerekli müdahale ve yönlendirmeler yapılarak hastalar yakın takip edilir ve HYP izlemi 6 ayda bir yapılır. Basınç yaralanması olmayan immobil hastalarda ise uygulanan BRADEN ölçeği sonucuna göre basınç yaralanması riski tespit edilirse gerekli müdahale ve yönlendirmeler yapıldıktan sonra 6 ayda bir HYP izleme devam edilir, hasta ayrıca yakın takibe alınır. Basınç yaralanması ve/veya riski bulunmayan bireylerde yıllık HYP izlemine devam edilir.

Osteoporoz Değerlendirmesi	Bireyin osteoporoz açısından değerlendirilmiş olup olmadığı sorgulanır.	Bireylerin yıllık rutin HYP izlemine devam edilir. Bireyin daha önce osteoporoz değerlendirmesi yapılmamış ise; Kadınlarda 65 yaş üstünde, erkeklerde ise 70 yaş üstünde bir kez Kemik Mineral Dansitometrisi istenir (20). Tetkik sonucuna göre gerekli planlama ve yönlendirmeler yapılır.
İhmal/İstismar Değerlendirmesi	1) Hekimin bireyde ihmal/istismar düşünüyor olup olmadığı ve 2) Bireyin kendisinin ihmal/istismar edildiğini düşünüp düşünmediği sorularının yanıtları sorgulanır.	İhmal/istismar değerlendirmesi için sorulan soruların yanıtları ‘hayır’ ise bireylerin yıllık rutin izlemlerine devam edilir. Bu sorulardan herhangi birinin yanıtının ‘evet’ olması durumunda ilgili mercilere (il sağlık müdürlüğü/cumhuriyet başsavcılığı/kolluk kuvveti) başvuruda bulunulur. Birey yakın takip edilir ve HYP izlemi 6 ayda bir yapılır.

4. Laboratuvar İncelemeleri

Yaşlı bireylere mevcut durumlarına göre tarama, tedavi ve izlem kılavuzlarına uygun olarak laboratuvar tetkikleri yapılır.

5. Yaşlı Bireyde İzlem Parametreleri ve Sıklıkları

Yaşlı bireylerde uygulanan testlerin sonuçlarına uygun olarak önerilen sıklıkta muayene ve laboratuvar incelemesi yapılır (Tablo 3,4).

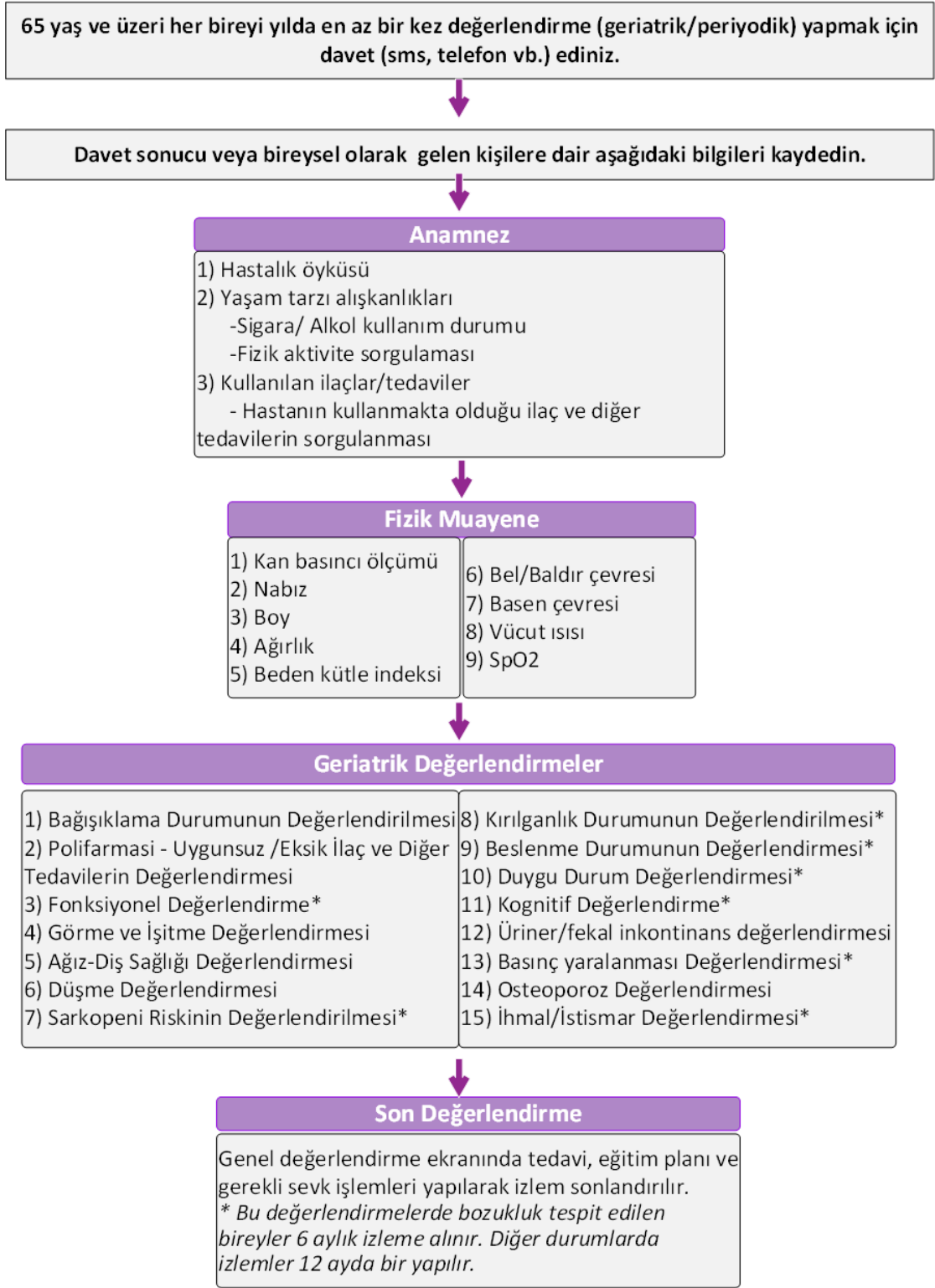
İzlem parametrelerine ilaveten, bireyin farklı nedenlerle her gelişinde polifarmasi /uygunsuz ilaç kullanımı / eksik ilaç kullanımı ve beslenme durumu değerlendirmesi yapılması önerilir.

Tablo 4 Yaşlı Bireyler İçin Yıllık Değerlendirme Parametreleri ve Sıklıkları

Fizik Muayene ve Geriatrik Değerlendirme	İlk Değerlendirme	İzlem (Riskli Grup)*	İzlem
	Hastanın ilk değerlendirilmesi	İlk izlemiden 6 ay sonra	İlk izlemiden 12 ay sonra
Kan basıncı ölçümü	√		√
Boy ölçümü	√		√
Nabız	√		√
Kilo ölçümü	√	√	√
Bağıışıklama durumunun değerlendirilmesi	√		√
Polifarmasi/ uygunsuz /eksik ilaç/diğer tedavilerin kullanımının değerlendirilmesi*	√		√
Fonksiyonel değerlendirme *	√	√	√
Görme/ İşitme değerlendirilmesi	√		√
Ağız ve diş sağlığı değerlendirilmesi	√		√
Düşme değerlendirilmesi	√		√
Sarkopeni riski değerlendirilmesi*	√	√	√
Kırılabilirlik durumunun değerlendirilmesi*	√	√	√
Beslenme değerlendirilmesi*	√	√	√
Duygu durum değerlendirilmesi*	√	√	√
Kognitif değerlendirme*	√	√	√
Üriner/fekal inkontinans değerlendirilmesi	√		√
Basınç yaralanması riski değerlendirilmesi*	√	√	√
Osteoporoz değerlendirilmesi	√		
İhmal/ istismar değerlendirilmesi	√	√	√

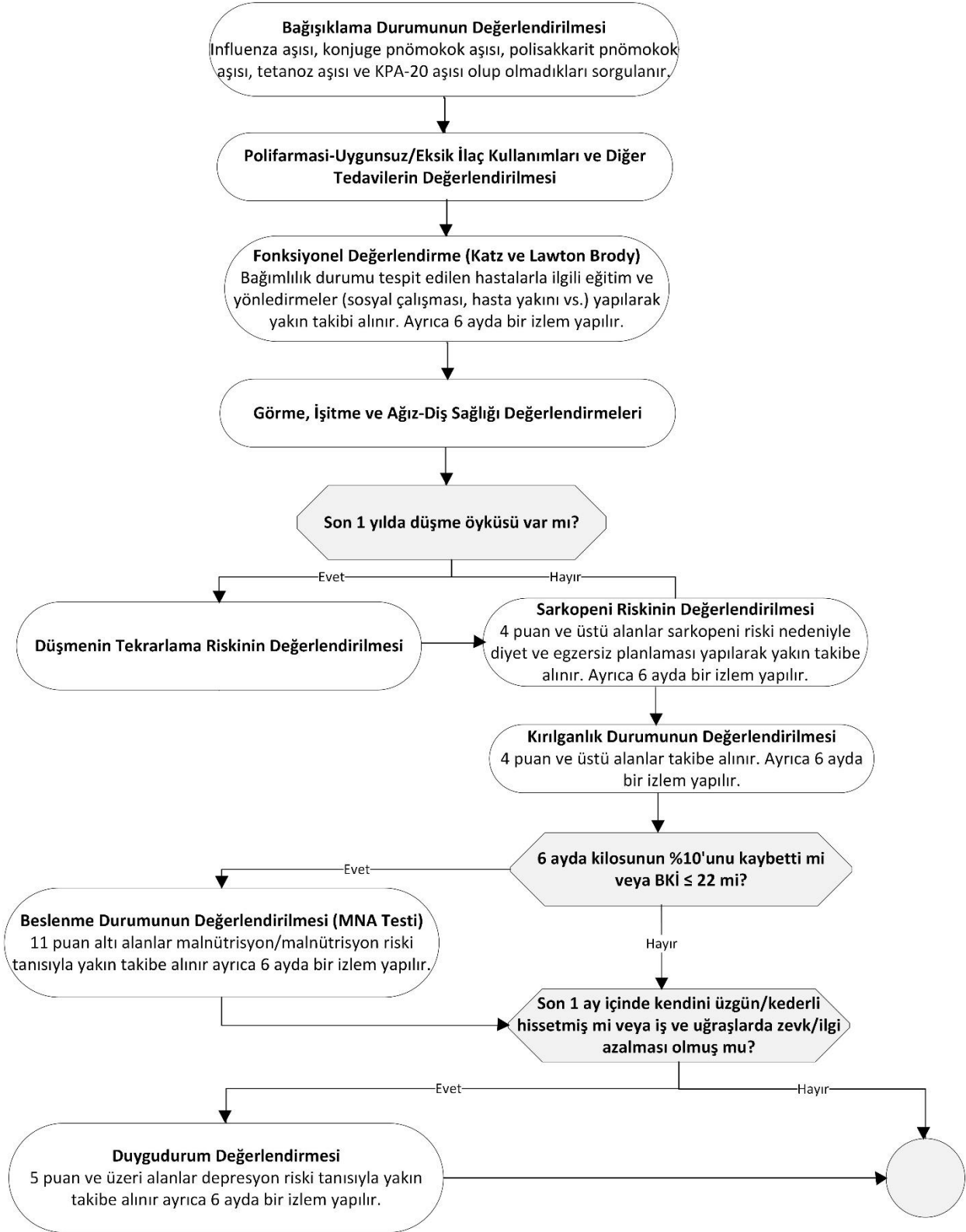
*Belirtilen değerlendirmelerde bozukluk olan hastalar 'Riskli Grup' olarak tanımlanarak, 6 aylık izlem önerilmiştir.

YAŞLI BİREYİN ÇOK YÖNLÜ DEĞERLENDİRMESİ VE İZLEMİ ALGORİTMASI



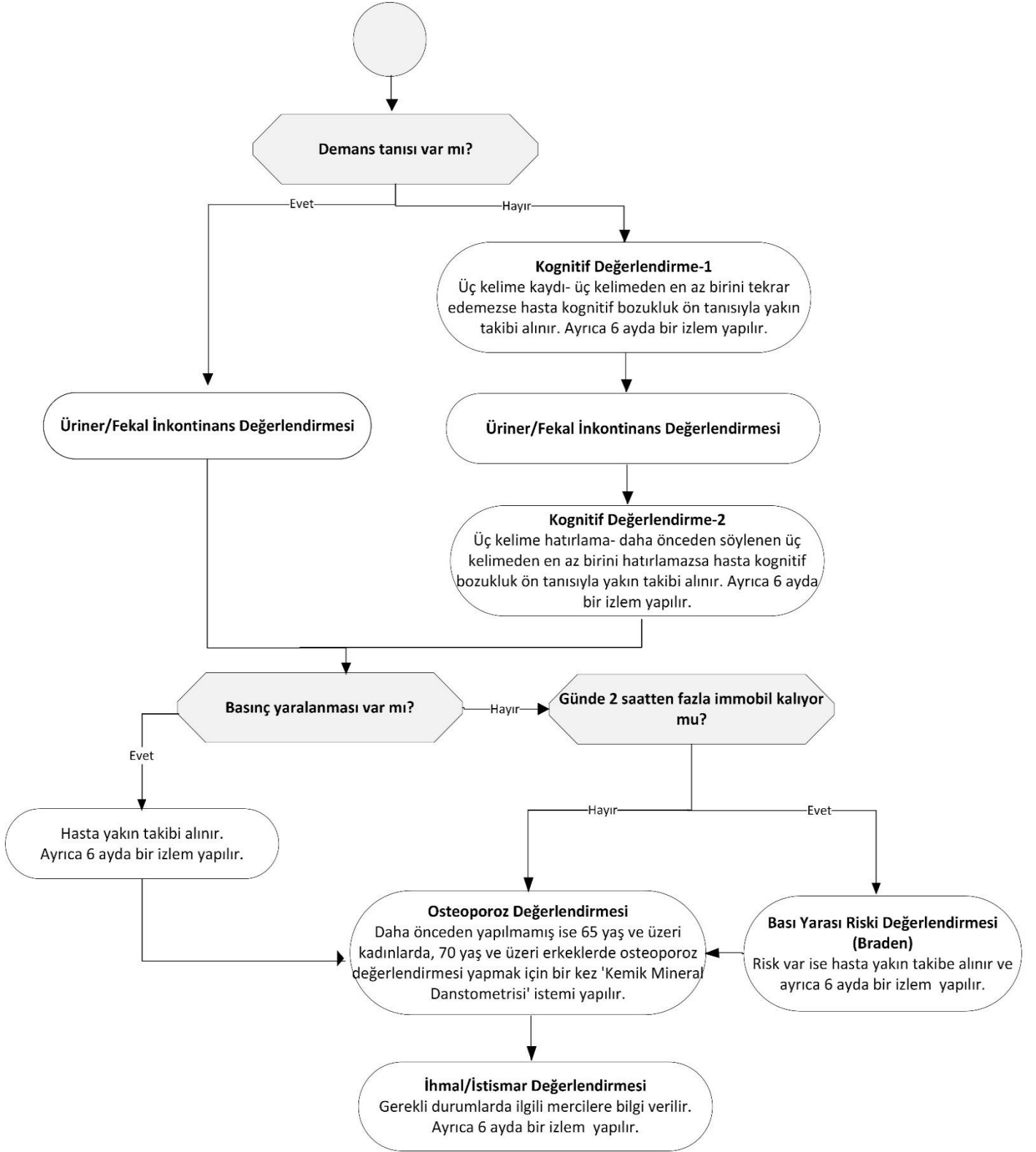
Şekil 2 Yaşlı Bireyin Çok Yönlü Değerlendirmesi ve İzlemi Algoritması

GERİATRİK DEĞERLENDİRME ALGORİTMASI-1



Şekil 3 Geriatrik Değerlendirme Algoritması-1

GERİATRİK DEĞERLENDİRME ALGORİTMASI-2



Şekil 4 Geriatrik Değerlendirme Algoritması-2

YAŞLI BİREYLER İÇİN YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİĞİ ÖNERİLER

Sağlıklı Beslenme	Fizik Aktivite	Tütün ve Tütün Mamüllerini Bırakma
Yaşlı bireyler için beslenme önerileri (18); 1- Yağı Azaltın. Toplam yağ tüketimi enerjinin %30'unu geçmemelidir ve Bitkisel yağlar tercih edilmelidir. Doymuş yağ alımı alınan kalorilerin %10'undan daha düşük olacak şekilde azaltılmalıdır. Trans yağ asidi alımı ise mümkün olduğunca azaltılmalı veya hiç alınmamalıdır. Az yağlı süt ürünleri kullanın. Yağsız et tüketin. 2- Tuzu azaltın. Tuz alımı yetişkinlerde ve özellikle hipertansif kişilerde günde 5 g'ın altında (sodyum alımı günde 2 g'dan az) olmalıdır. 3- Haftada en az 2 kez balığa yer verin. 4- Günlük 0.8-1.2 gr/kg/ protein tüketin. 5- Günde en az 5 porsiyon (en az 400 g/gün) sebze ve meyve tüketilmeli, bunlardan en az 2.5- 4 porsiyonu sebze, 2-3 porsiyonu meyve olmalıdır. 6- Tam tahılları ve ürünlerini tercih edin. 7- Posalı (lifli) gıda tüketiminizi arttırın. Günlük lif 25-30 g alınmalı; bunun için kepekli ürünler, meyve ve sebzeler tercih edilebilir. 8- Şekerle tatlandırılmış içecekler tüketmeyin. 9- Bel çevrenizi ölçün/ölçtürün. Kadında bel çevresi 80-88 cm ise erkekte 102 cm üstünde ise daha fazla kilo alınmamalıdır. Kadında ≥88 cm ve erkekte ≥102 cm ise sağlık için kilo verilmelidir.	Yaşlı bireyler için fiziksel aktivite önerileri (19); 1- Aerobik Egzersiz: Haftada ≥5 gün; • 30- 60 dakika (daha küçük zaman dilimlerine bölünebilir), • Orta yoğunlukta (10 üzerinden 5-6 yoğunlukta= konuşabilir durumda) egzersiz yapılması önerilir. 2- Kuvvet (Güçlendirme) Egzersizi: Ana kas gruplarında; • 8-12 tekrardan oluşan 1-3 set(her sette 8-12 tekrar), • Orta-yüksek yoğunlukta (10 üzerinden 5-8 ; 5-6 yoğunlukta = konuşabilir durumda, 7-8 = nefes nefese kalma) egzersiz yapılması önerilir. 3- Esneklik/Denge Egzersizi: Haftada ≥2 gün; • Hareket aralığını korumak/geliştirmek için esneklik egzersizi (örn. ana kas/tendon gruplarını esnetme, yoga) • Düşme riski olanlar için denge egzersizleri (örn. tai chi, bireyselleştirilmiş denge egzersizleri) yapılması önerilir.	1- Tütün ve tütün mamülü kullanmayın ve içilen ortamlardan uzak durun. Tütün ve tütün mamülü kan basıncını ve kalp atım hızını arttırır. HDL kolesterol düzeyini düşürür, kanın pıhtılaşma eğilimini arttırır. Ani kalp krizine neden olur. 2- Tütün ve tütün mamülü kullanmayı bırakın. Tütün ve tütün mamülü içicisi olarak tanımlanan tüm hastalara tütün ve tütün mamülü bırakma önerisinde bulunulmalıdır. (Tütün ve tütün mamülü içenler, hekime başvurdıkları herhangi bir sağlık sorunu ile bağlantı kurulduğunda tütün ve tütün mamülü bırakma önerisine daha açık olabilmektedir). Ne söyleneceği ve nasıl söyleneceği öneride bulunan hekime, öneriyi alan kullanıcıya ve önerinin bulunduğu duruma bağlıdır. Hastaya bırakma önerisinde bulunurken, net cümleler kurulmalı, kanıtlardan yararlanarak güçlü mesaj verilmelidir. Güçlü ve bireyselleştirilmiş bir şekilde bırakması için aşağıda yer alan mesajlar gibi mesajlar vererek teşvik edilmelidir. • Tütün kullanımı; kalp ve akciğer hastalığını, kalp krizi ve/veya inme riskini arttırır. • Tütün kullanımını bırakmak kalbinizi ve sağlığını korumak için yapabileceğiniz en önemli şeydir. • Artık bırakmak zorundasınız vb. 3- Tütün ve tütün mamülü bırakmayı düşünenler için 5A* yaklaşımı, tütün ve tütün mamülü bırakmayanlar için 5R** yaklaşımı uygulanmalıdır. *Ask (öğren) Advise (öner) Assess (ölç) Assist (önderlik) Arrange (örgütme) **Relevance (ilişki) Risks (riskler) Rewards (ödülleri) Roadblocks (engeller) Repetition (tekrar) 4- Hastaya bilişsel davranışçı terapi yaklaşımında bulunulmalıdır.

Şekil 5 Yaşlı Bireyler İçin Yaşam Tarzı Değişikliği Önerileri

6. Ekler

EK-1: DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ

1. Klinik Kırılganlık Ölçeği

	1. Çok Zinde: Dinç, aktif, enerji dolu, motive olan kişiler. Bu kişiler sıklıkla düzenli egzersiz yaparlar. Kendi yaşlıları arasında en dinç olan kişilerdir.
	2. İyi: Aktif hastalık semptomu olmayan fakat 1. Kategorideki kişilerden daha az dinç; sıklıkla egzersiz yaparlar veya ara sıra çok aktiftirler. Örn: mevsimsel
	3. İyi İdare Edebilir: Medikal sorunları kontrol altında olan, düzenli yürüyüş dışında aktif olamayan kişilerdir.
	4. Kolay İncinebilir: Günlük işlerinde bağımsız olmasına rağmen hastalık semptomlarından dolayı hareketleri kısıtlıdır. Genellikle yakınmaları 'yavaşlık' ve 'gün boyu yorgunluk hissi'dir.
	5. Hafif Kırılgan: Hareketlerde daha belirgin olan yavaşlama, enstrümental günlük yaşam aktivitesinde (finansal konular, transfer, ağır ev işleri, ilaç kullanımı) yardıma ihtiyaç duyma.
	6. Orta Derece Kırılgan: Ev dışı aktivitelerinin tamamında ve ev içi temizlik işlerinde tamamen bağımlı. Genellikle merdiven çıkması sorunlu, destekli banyo yapan ve giyinme konusunda minimal yardım ihtiyacı olabilecek kişilerdir.
	7. Aşırı Kırılgan: herhangi bir sebepten dolayı (fiziksel veya kognitif) kişisel bakım için tamamen başkasına bağımlı. Bununla birlikte stabil görünümde veya ölüm riski yüksek olmayan kişiler (6 ay içinde)
	8. Çok Aşırı Kırılgan: Tamamen bağımlı, ömrünün sonuna yakın kişiler. Tipik olarak hafif bir hastalığı bile atlatamayacak kişilerdir.
	9. Terminal Hastalık: Ömrünün sonuna yakın olan kişiler. Bu kategori kırılganlık olmadan da 6 aydan daha kısa yaşam beklentisi olanlar için

2. Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MND) Tarama Testi

Sorular	Puanlama
Son üç ay içinde iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında azalma var mı?	0= Şiddetli azalma var 1= Orta derecede azalma var 2= Azalma yok
Son 3 ay içinde kilo kaybı var mı?	0= 3 kilogramdan fazla 1= Bilinmiyor 2=1-3 kg arasında kayıp var 3= Kilo kaybı yok
Hareketlilik	0= Yatak veya sandalyeye bağımlı 1= Yataktan, sandalyeden, kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor 2= Evden dışarı çıkabiliyor
Son 3 ay içinde ortaya çıkan bir hastalığı veya psikolojik stresi var mı?	0= Var 2= Yok
Nöropsikolojik problemler	0= Ciddi bunama veya şiddetli depresyon 1= Hafif düzeyde bunama 2= Hiçbir nöropsikolojik problem yok
Beden Kütle İndeksi (BKİ) (Vücut ağırlığı(kg)/boy ² (m ²))	0= BKİ<19 1= 19≤BKİ<21 2= 21≤BKİ<23 3= BKİ≥23

Tarama Puanı (maksimum 14 puan):

- 12-14 : Normal nütrisyonel durum
8-11 : Malnütrisyon riski
0-7 : Malnütrisyon

3. Günlük Yaşam Aktivitelerinde Katz Bağımsızlık İndeksi

Aktiviteler	Bağımsızlık	Bağımlılık
Puanlar (1 veya 0)	1 puan Denetim, yönlendirme veya personel yardımı olmadan	0 puan Denetim, yönlendirme, personel yardımı veya total bakım
Banyo	(1 puan) Tamamen bağımsız olarak banyo yapabiliyor veya sadece sırt, genital bölge veya hareket ettiremediği tek bir extremitte gibi tek bir bölgenin yıkanmasında yardım alıyor	(0 puan) Tek bir vücut bölgesinden daha fazlasının yıkanmasında, banyoya girme veya çıkmada yardım alıyor. Veya tüm banyoyu yardımla yapıyor
Puan:		
Giyinme	(1 puan) Giysileri dolaptan ve çekmecedan alıp giyinebilir. Ayakkabı bağlamada yardım alabilir	(0 puan) Kendi başına giyinirken yardıma ihtiyaç duyuyor veya tam giyinmede yardıma ihtiyaç duyuyor
Puan:		
Tuvalet	(1 puan) Tuvalete giderken, otururken ve kalkarken, giysilerini çıkarıp giyerken ve temizlenirken yardıma ihtiyaç duymuyor	(0 puan) Tuvalete giderken veya temizlenirken yardıma ihtiyaç duyuyor veya sürgü yada sandalye kullanıyor
Puan:		
Transfer	(1 puan) Yardıma ihtiyacı olmadan yatağa girebiliyor veya yataktan çıkabiliyor, koltuğa oturup kalkabiliyor. Mekanik yürüme araçları kullanabilir	(0 puan) Yataktan koltuğa geçmek için yardıma ihtiyacı oluyor veya yardımsız hiç hareket edemiyor
Puan:		
İdrar ve gaita kaçırma	(1 puan) Küçük veya büyük tuvaletini kendisi kontrol edebiliyor	(0 puan) Kısmen veya tamamen idrar veya gaita kaçırıyor
Puan:		
Beslenme	(1 puan) Yemeğini tabaktan ağzına yardımsız götürebiliyor. Yemeğin hazırlanması başka bir kişi tarafından yapılabilir	(0 puan) Yemek yerken kısmen veya tamamen yardıma ihtiyacı oluyor veya damardan besleniyor.
Puan:		
Toplam puan:		

Değerlendirme:

- **6 puan:** yüksek (hasta bağımsız)
- **0 puan:** düşük (hasta çok bağımlı)

4. Lawtonun Günlük Enstrümental Yaşam Aktivite Skalası

Aktiviteler	Puan	Aktiviteler	Puan
Telefon kullanabilme		Çamaşır Yıkama	
Kendi isteği ile numaralara bakıp arama yapabilir	1	Tüm çamaşırlarını yıkayabilir	1
İyi bildiği birkaç numarayı arayabilir	1	Küçük parçaları yıkayabilir ve çorapları kıyafetleri durulayabilir	1
Telefona cevap verebilir ama arama yapamaz	1	Tüm çamaşır yıkama işlemleri başkaları tarafından yapılır	0
Telefonu hiç kullanamaz	0	Ulaşım	
Alışveriş		Kendi arabasıyla veya toplu taşıma araçlarıyla kendi başına istediği yere gidebilir	1
Tüm alışveriş ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılar	1	Ulaşımını kendi başına taksi ile sağlayabilir ancak toplu taşıma araçlarını kendi başına kullanamaz	1
Düşük miktartlı alışverişleri bağımsız olarak yapabilir	0	Başka birisi ile beraber veya yardım ile toplu taşıma araçlarını kullanabilir	1
Herhangi bir alışverişte yardıma ihtiyaç duyar	0	Başka birisinin yardımı ile taksi veya otomobil ile kısmen ulaşımını sağlayabilir	0
Hiçbir şekilde alışveriş yapamaz	0	Yardımlı ya da yardımsız ulaşımını sağlayamaz	0
Yemek Hazırlama		Tedavi Sorumluluğu	
Yeterli miktarda yemeği planlayabilir, hazırlayabilir ve servis edebilir	1	İlaçlarını doğru zamanda ve doğru dozajda alabiliyor	1
Malzemelerle desteklenirse yeterli miktarda yemeği hazırlayabilir	0	İlaçları bölünmüş dozlarda önceden hazırlanırsa doğru şekilde kullanabiliyor	0
Hazırlanmış yemeği ısıtabilir ve servis edebilir ancak yeterli miktarda yemek pişiremez	0	Kendi ilaçlarını alabilme kapasitesi yoktur	0
Yemeklerin pişirilmesinde ve servis edilmesinde yardıma ihtiyaç duyar	0		
Ev İdaresi		Mali İdare	
Evin tüm işlerini tek başına nadir yardım ile yapabilir (ağır işler)	1	Mali işlerini bağımsız olarak yönetebilir (bütçe yapar, çek yazar, ödemeler yapar, bankaya gider)	1
Tabak yıkama veya yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir	1	Günlük gelir giderlerini yapar ancak banka işlemleri ve büyük ödemeler için yardıma ihtiyaç duyar	1
Hafif işleri yapabilir ancak kabul edilebilir seviyede temizlik yapamaz	1	Para kullanma kapasitesi yoktur	0
Tüm ev işlerinde yardıma ihtiyacı olur	1		
Ev işlerine hiç bir katkıda bulunamaz	0		
Skorlama: /8			

Değerlendirme:

- **8 puan:** yüksek (hasta bağımsız)
- **0 puan:** düşük (hasta çok bağımlı)

5. Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa Form

Sorular	Evet	Hayır
Hayatınızdan memnun musunuz?	0	1
İlgilendiğiniz veya yapmakta olduğunuz işlerden çoğunu yapmayı bıraktınız mı?	1	0
Hayatınızın boş olduğunu mu düşünüyorsunuz?	1	0
Zamanınızın büyük kısmında sıkılıyor musunuz?	1	0
Çoğunlukla olumlu ruh halinde misiniz?	0	1
Size kötü şeyler olacağından korkuyor musunuz?	1	0
Kendinizi çoğunlukla mutlu mu hissedersiniz?	0	1
Sıklıkla umutsuzluk hissedersiniz mi?	1	0
Dışarı çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa çoğunlukla evde/odanızda kalmayı mı tercih edersiniz?	1	0
Her zamankinden daha fazla hafıza sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?	1	0
Şu an hayatta olmak güzel mi?	0	1
Sizce şu anki durumunuz değersiz mi?	1	0
Enerji dolu olduğunuzu mu hissediyorsunuz?	0	1
Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu hissediyorsunuz?	1	0
Diğer insanların çoğunun sizden iyi durumda olduklarını mı düşünüyorsunuz?	1	0

Değerlendirme:

- 0-4 : Normal
- 5-15 : Depresyon r

6. Sarkopeni Riski Değerlendirmesi SARC-F Anketi

Bileşenler	Sorular	Puanlama
Kuvvet	Yaklaşık 4,5 kg'ı kaldırırken ve taşıırken ne kadar zorlanıyorsunuz?	Hiç zorlanmam = 0 Biraz zorlanırım = 1 Çok zorlanırım, yapamam = 2
Yürümede Yardım	Odanın bir ucundan diğer ucuna yürürken ne kadar zorlanırsınız?	Hiç zorlanmam = 0 Biraz zorlanırım = 1 Çok zorlanırım, yardım alırım, yapamam = 2
Sandalyeden Kalkma	Sandalye veya yataktan kalkarken ne kadar zorlanırsınız?	Hiç zorlanmam = 0 Biraz zorlanırım = 1 Çok zorlanırım, yardımsız yapamam = 2
Merdiven Çıkma	10 basamağı çıkarken ne kadar zorlanıyorsunuz?	Hiç zorlanmam = 0 Biraz zorlanırım = 1 Çok zorlanırım, yapamam = 2
Düşme	Geçmiş yıllarda kaç kere düştünüz?	Hiç düşmedim = 0 1-3 kere = 1 4 veya daha fazla = 2

Değerlendirme:

≥ 4 puan: Sarkopeni Riski

7. Braden Bası Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği

RİSK FAKTÖRLERİ	YÜKSEK RİSK: Toplam puan ≤ 12	ORTA RİSK: Toplam puan 13-14	DÜŞÜK RİSK: Toplam puan 15-16 ve 75 yaş üzerindeki için 15-18	
DUYGUSAL ALGI (UYARANIN ALGILANMASI) Basınca karşı oluşan rahatsızlığın algılanması	1 puan TAMAMEN SINIRLI (YETERSİZ) Ağrılı uyarılara yanıt vermiyor (inleme, algılama). Bilinçsizliğe bağlı olarak vücudunda ağrı odaklarını hissedemiyor.	2 puan ÇOK SINIRLI (YETERSİZ) Yalnız ağrılı uyarılara yanıt veriyor. (Rahatsızlığını inleme ile belli edebiliyor)	3 puan BİRAZ SINIRLI (YETERSİZ) Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Sürekli iletişim kurabiliyor. Hastanın yatak içinde çevrilmesi gerekiyor.	4 puan ORYANTE (TAMAMEN YETERLİ) Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Duyu kusuru yok.
DERİNİN NEM DURUMU Vücudun nemliliği	1 puan HER ZAMAN NEMLİ (SÜREKLİ ISLAK) Deri; ter, idrar, gaita ile sürekli ıslak, her çevrildiğinde ıslaklık hissediliyor.	2 puan GENELLİKLE NEMLİ Deri çoğu zaman ıslak. Her vardiyada çarşafların bir kez değiştirilmesi gerekiyor.	3 puan ARASIRA NEMLİ (BAZEN ISLAK) Deri bazen ıslak. Çarşafların ıslandıkça değiştirilmesi gerekiyor.	4 puan NADİREN NEMLİ Deri genellikle kuru, çarşafların rutin olarak değiştirilmesi gerekiyor.
HAREKET YETENEĞİ Pozisyonunu değiştirme ve kontrol edebilme	1 puan TAM HAREKETSİZ Yardımsız pozisyon değiştiremiyor.	2 puan KISITLI HAREKETSİZ Vücut ve ekstremiteler pozisyonlarında hafif değişiklik yapabiliyor. Kendiliğinden pozisyonunu değiştiremiyor	3 puan AZ HAREKETLİ Vücut ve ekstremitelerinde sık ancak hafif değişiklik yapabiliyor.	4 puan TAM HAREKETLİ Pozisyonunu yardımsız sıklıkla değiştirebiliyor.
FİZİKSEL AKTİVİTE Fiziksel aktivitenin derecesi	1 puan YATAĞA BAĞIMLI Her türlü bakım gereksinimi yatağa karşılanıyor.	2 puan SANDALYEYE BAĞIMLI Çok az yürüyebiliyor. Sandalyeye oturabilmesi için yardım gerekiyor Kendi ağırlığını kaldırmakta güçlük çekiyor.	3 puan DESTEKLE YÜRÜYOR Yardımla veya yardımsız kısa mesafede yürüyebiliyor. Her vardiyada çoğu zaman yatağa veya sandalyede oturuyor.	4 puan YARDIMSIZ SIK SIK YÜRÜYOR Günde en az iki defa oda dışına çıkabiliyor. Oda içinde 2 saatte bir yürüyebiliyor.
BESLENME Beslenme alışkanlığı	1 puan KÖTÜ (ÇOK YETERSİZ) Asla öğününün tamamını yiyemiyor. Nadiren verilen yemeğin 1/3'ünü yiyebiliyor. 2 öğün ya da daha az protein alabiliyor (et ve süt ürünleri). Sıvı alımı az. Ağızdan sıvı desteği alamıyor. 5 günden uzun süreyle IV ve berrak diyet alıyor.	2 puan YETERSİZ Verilen yemeğin yarısını, nadiren tamamını yiyebiliyor. Günde 3 defa protein bazen destekleyici ek gıda alabiliyor. Uygun diyetin tüp ile verilen besinin birazını alabiliyor.	3 puan YETERLİ Öğünün yarısından fazlasını yiyebiliyor. Günde 4 kez protein alabiliyor. Ara sıra öğünü reddediyor. Verilmişse ek diyeti ya da total parenteral beslenmeyi alabiliyor.	4 puan ÇOK İYİ Her öğünü çoğunlukla yiyor. Öğünleri reddetmiyor. Günde 4 defa protein alabiliyor. Genellikle öğün aralarında yiyor. Ek gıda gerekiyor.
SÜRTÜNME-BASI (TAHRİŞ)	1 puan SORUNLU Hareket ederken çok fazla yardıma gereksinimi var. Çarşafı kaydırmadan tamamen kaldırılması olanaksız. Sıklıkla sandalyeden ya da yataktan aşağıya kayıyor. Yeniden pozisyon vermede çok fazla yardıma ihtiyacı var. Sertlik, kontraktür ya da huzursuzluk sürekli sürtünmeye neden oluyor.	2 puan POTANSİYEL SORUNLU Çok az yardımla az ve güçsüz hareket yapabiliyor. Hareket sırasında deri; çarşafa, sandalyeye ya da diğer malzemelere sürtünüyor. Genellikle yatak ve sandalyede pozisyonunu sürdürüyor, fakat bazen kayıyor.		3 puan SORUNSUZ Yatak ve sandalyede bağımsız hareket edebiliyor. Kendini kaldırabilmek için; yeterli kas gücü var. Yatak ve sandalyede her zaman uygun pozisyonda duruyor.

EK-2: BİREYSEL DAYANIKLILIK VE KUVVET PLANI

Haftalar	Yürüme	Kuvvet
1-2. Hafta (Giriş ve uyum)	* Haftada 3 gün 10 dk yürüyün. * Yoğunluk seviyesi = 10 puanlık ölçekte 5-6	* Ağırlık kaldırma jimnastiği, elastik bantlar, serbest ağırlıklar veya ağırlık makineleri kullanılarak ana kas grupları için 4 ile 5 egzersiz * Haftada 2 (ardışık olmayan) günde 10 ile 15 tekrardan oluşan 1 set * Yoğunluk seviyesi = 10 puanlık bir ölçekte 5-8
2-6. Hafta (İlerlemeye başla)	* İlk olarak haftada 5 güne çıkarın. * Sonrasında da süreyi yavaş yavaş 20 dakikaya kadar uzatın.	* Toplamda 8-10 büyük kas grubunu çalıştıracak şekilde yavaş yavaş 4- 5 egzersiz ekleyin. * Haftada 2 (ardışık olmayan) günde 10-15 tekrardan oluşan 1 set * Yoğunluk seviyesi = 10 puanlık bir ölçekte 5-8.
6 hafta ve üzeri: (İlerlemeye devam et ve egzersiz rutinini iyileştir)	* Egzersiz sürenizi artırarak en az 30 dakikaya ulaşın. * Haftada 5 veya daha fazla gün egzersiz yapın.	* Haftada üçüncü ardışık olmayan gününü egzersiz planınıza ekleyin. * Hastanın ilerlemesine ve rahatlık seviyesine bağlı olarak egzersiz direncini %2-10 artırın. * Ağrısız egzersizi vurgulayın.

EK-3: YAŞLI BİREYLERDE İSTEMSİZ KİLO KAYBININ SIK GÖRÜLEN NEDENLERİ

MEALS-ON-WHEELS mnemonic	
M	Medications / İlaçlar
E	Emotional (Depression) / Duygusal (Depresyon)
A	Elder Abuse/Yaşlılara Kötü Muamele; Anorexia nervosa /Anoreksiya Nervoza ; Alcoholism/ Alkolizm
L	Late life paranoia / Yaşlılık paranoyası
S	Swallowing problems / Yutma sorunları
O	Oral problems / Ağız sorunları
N	Nosocomial infections / Hastane enfeksiyonları; No Money /Parasızlık
W	Wandering and other dementia related problems / Bunamayla ilgili gezinme ve diğer sorunlar
H	Hyperthyroidism / Hipertiroidizm
E	Enteral problems / Enteral sorunlar
E	Eating problems / Yeme sorunları
L	Low salt, low fat diet / Düşük tuz, düşük yağ diyeti
S	Stones (gallstones) / Taşlar (safra kesesi taşları); Social problems/İzolasyon, istediği yiyeceğe ulaşamama, hazırlayamama

BÖLÜM 8. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI İÇİN ÇOK YÖNLÜ YAŞLI DEĞERLENDİRMESİ VE İZLEMİ (ASÇ)

Çok yönlü yaşlı değerlendirmesinin amacı yaşlı bireye bütüncül bir bakışla yaklaşarak biyo-psikososyal değerlendirmesini yapmaktır. Bu doğrultuda, 65 yaş ve üzeri her birey yılda en az bir kez genel durum değerlendirmesi için davet edilir. Değerlendirmeler yaşlı bireyin durumuna uygun olarak sağlık kurumunda (aile sağlığı merkezi/toplum sağlığı merkezi/sağlıklı hayat merkezi), bireyin evinde ve/veya huzurevinde/bakımevinde yapılabilir.

1. Geriatrik Değerlendirme

Her yaşlı bireye, yılda en az bir kez olacak şekilde geriatrik değerlendirmeye yardımcı ilgili tarama testleri uygulanır. Yaşlı izlemi için önerilen çok yönlü geriatrik değerlendirmeler yapılarak kaydedilir (Tablo-2);

- Fonksiyonel değerlendirme
- Öz bakım değerlendirmesi
- Görme değerlendirmesi
- İşitme değerlendirmesi
- Ağız ve diş sağlığı değerlendirmesi
- Yardımcı/medikal cihaz kullanımının değerlendirilmesi
- Düşme değerlendirmesi
- Sarkopeni riskinin değerlendirilmesi
- Kırılabilirlik durumunun değerlendirilmesi
- Beslenme durumunun değerlendirilmesi
- Duygudurum değerlendirilmesi
- Kognitif değerlendirme
- Uyku değerlendirmesi
- Üriner/fekal inkontinans değerlendirilmesi
- Boşaltım değerlendirilmesi
- Basınç yaralanması değerlendirilmesi
- Ağrı değerlendirilmesi
- Sosyal İzolasyon/Yalnızlık Hissi Değerlendirmesi
- İhmal/ istismar değerlendirilmesi

Önemli Not: Aile sağlığı çalışanı; akut/acil durum veya ciddi risk tespit edildiği zaman vakit kaybetmeden hekim ile iletişime geçer, gerekli yönlendirmeyi yapar/yapılmasını sağlar.

Fonksiyonel değerlendirme: Fonksiyonel durum, günlük yaşam için gerekli olan aktiviteleri yerine getirebilme yeterliliğini kapsamaktadır. Sağlık durumlarından doğrudan etkilenen fonksiyonel kapasitede herhangi bir değişiklik olduğunda ileri değerlendirme ve müdahale gerekmektedir (1). Fonksiyonel durum değerlendirmesi için en sık kullanılan değerlendirme yöntemleri; Günlük Yaşam Aktivitelerinde Katz Bağımsızlık İndeksi, Lawtonun Günlük Enstrümental Yaşam Aktivite Skalası ve 4 metre yürüme testidir.

Görme değerlendirmesi: Görme değerlendirmesinde, Jaeger kartı yakın görmede, Snellen görme kartı uzak görmede kullanılabilirse de özellikle diyabetli ve glokom açısından yüksek risk altındaki yaşlılarda bir oftalmolog tarafından periyodik muayene yapılması önerilir (2).

İşitme Değerlendirmesi: İşitme değerlendirmesi için yapılabilecek basit bir tarama testi şu şekildedir (3);

Tablo 1 İşitme Değerlendirmesi

Değerlendirme	Puan
70 yaşın üstünde mi?	Evet ise 1 puan
Cinsiyeti erkek mi?	Evet ise 1 puan
12 yıl veya altı bir eğitim süresi var mı?	Evet ise 1 puan
İşitme sorunu nedeniyle daha önce doktor ziyareti oldu mu?	Evet ise 2 puan
Yardımcı cihaz olmadan odanın diğer tarafındaki bir kişinin fısıldamasını yüzüne bakmadan duyup anlayabiliyor mu?	Hayır ise 1 puan
Yardımcı cihaz olmadan odanın diğer tarafındaki bir kişinin normal sesle konuşmasını yüzüne bakmadan duyup anlayabiliyor mu?	Hayır ise 2 puan
* Sonuç ≥ 3 ise: Pozitif tarama sonucu. İleri değerlendirme yapılır.	

İşitmenin değerlendirilmesinde önerilen bir diğer test de fısıltı testidir. Uygulaması kolay, duyarlılık ve özgüllüğü %70-100 arasında olan bu testte hastanın 20–40 cm arkasına geçilir, bir kulak kapatılır, 3 kelime söylenir ve hastanın bu kelimeleri tekrar etmesi istenir (3).

Ağız-diş sağlığı değerlendirmesi: Yaşlı bireylerde ağız-diş değerlendirmesi için ‘DENTALS’ (Dry mouth (Kuru ağız), Eating difficulty (Yeme zorluğu), No recent dental care (Yakın zamanda diş bakımı yapılmaması), Tongue and oral lesions (Dil ve ağız lezyonları), Altered food selection (Yemek seçiminde değişiklik), Lips and oral pain (Dudaklar ve oral ağrı), Social/psychological effects (Sosyal/psikolojik etkiler) yöntemi kullanılabilir (2).

Düşme riski değerlendirmesi: Toplumdaki yaşlı bireylerin yaklaşık 1/3’ünden fazlası her yıl düşmekte, bu düşmeler de fonksiyonel kayıplarla bağımsız bir ilişki göstermektedir. Bu nedenle

düşmelerin değerlendirilmesi önem taşımakta, her yaşlı bireye en az yılda bir kez düşme öyküsünün olup olmadığının sorgulanması gerekmektedir (1).

Sarkopeni riskinin değerlendirilmesi: İskelet kası kütlesi ile gücünde ilerleyici ve yaygın kayıp ile karakterize bir sendrom şeklinde tanımlanan sarkopeni, yaşlı popülasyonda sık görülen önemli geriatrik sendromlar arasında yer almaktadır. Güç kaybı, düşme, kemik kırılганlığında artma, sakatlık, hareketsizlik, bağışıklığın baskılanması, solunum fonksiyonlarının bozulması, yaşam kalitesinin azalması, morbidite ve mortalite riskinin artması gibi olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkilidir. Hastaneye yatış riskini, yatış süresini ve bakım maliyetini de artırmaktadır. Sarkopeninin hem sık görülmesi, neden olduğu olumsuz sağlık sonuçları hem de tanı konulduğu takdirde kontrol altına alınmasına yönelik etkin ve kolay uygulanabilir müdahaleler bulunması bu durumun birinci basamak sağlık hizmetlerinde değerlendirilmesi gerekliliğini gündeme getirmektedir (4).

Kırılганlık değerlendirmesi: Kırılганlık; fizyolojik gerileme sonucu ortaya çıkan ve düşmeler, kırıklar, hastaneye yatışlar, cerrahi komplikasyonlar, engellilik, bağımlılık ve ölüm gibi olumsuz sonuçlara karşı artan duyarlılık ile karakterize klinik bir sendromdur. Klinik kırılганlık ölçeği yaşlı bireylerde kırılганlığın hızlı ve etkin bir şekilde değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Kırılганlığın önlenmesi ve yönetimi için planlanabilecek müdahaleler egzersiz ve beslenme desteğini içermektedir (5).

Beslenmenin değerlendirilmesi: Yaşlılarda malnütrisyonun tek bir tanımı yoktur. Son 6 ay içindeki %10 ve daha fazla istemsiz kilo kaybı artmış morbidite ve mortalite ile birliktedir, malnütrisyon açısından daha ileri değerlendirme gerektirir (2).

Duygudurum değerlendirmesi: İleri yaşlarda görülen depresif bozukluk, fonksiyonel durumda bozulmaya, sağlık kaynaklarının gereksiz kullanımına hatta mortalite artışına neden olan, buna karşın sıklıkla tanı ve tedavisinde yetersiz kalınan bir sağlık sorunudur. İleri yaşlarda depresyon atipik bir seyir gösterebilmektedir ve kognitif bozukluğu olan bireylerde depresyonu değerlendirmek zor olabilmektedir. Depresyon değerlendirmesi için iki soru ile tarama yapılabilmektedir. Bu iki soruluk tarama testinin duyarlı olduğu gösterilmiş olsa da yeterli özgüllüğe sahip olmadığından pozitif sonuç çıkanlarda sonrasında uzun değerlendirme testi yapılması önerilmektedir (1).

Kognitif değerlendirme: Demans prevalansı yaşla birlikte artmakta, bu artış özellikle 85 yaş üzerinde belirginlik göstermektedir. Bu anlamda, erken tanı hem tedavi edilebilir durumları ortaya koyma hem de erken tedavi planlamasına olanak sağlamaktadır. Kısa kognitif değerlendirme testleri ve hastanın öyküsü aracılığıyla yapılabilecek bir değerlendirme sonrasında kognitif bozukluğa dair herhangi bir şüphe bulunması durumunda ileri değerlendirme gerekmektedir (detaylı mental durum analizi, kognitif bozukluğa neden olabilen

tıbbi durumların (B12 eksikliği, TSH eksikliği, depresyon) değerlendirilmesi, MRG, BT incelemesi nöropsikolojik değerlendirme gibi) (1).

Uyku Değerlendirmesi: Uyku bozuklukları, normal yaşlanma sürecinin bir parçası değildir, ancak yaşla birlikte görülme sıklığı artabilir. Bu nedenle yaşlı bireylerde uyku bozukluklarıyla ilişkili faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Bunlar arasında; kafein, sigara, alkol kullanımı, kronik hastalıklar, madde bağımlılığı, psikiyatrik durumlar, azalmış fiziksel aktivite ve uyku alışkanlıklarındaki değişiklikler yer alır. Ayrıca, kötü uyku, uyku şikayeti olmayan yaşlı bireylere kıyasla hafıza kaybı ve kötüleşen sağlık sonuçları ile ilişkilidir (6). Yaşlılarda uyku sorunlarının tipik semptomları, uykuya dalmada ve uyku düzenini sürdürmede zorluk, erken saatlerde uyanma ve aşırı gündüz uykululuğudur (7). Uyku bozukluklarının yaşlı bireylerde yönetilmesi, çok sayıda eşlik eden hastalık ve ilaç yan etkileri nedeniyle zor olabilir. Ancak uyku bozukluğu ya da uyku zorlukları ile ilişkili yaygın eşlik eden hastalıkların tedavi edilmesi, yaşam kalitelerini ve uyku eksikliğine bağlı sonuçları iyileştirebilir (6).

Boşaltım Değerlendirmesi

Konstipasyon: Roma IV kriterlerine göre, fonksiyonel kabızlık aşağıdaki özelliklerden en az ikisinin varlığı ile tanımlanır: defakasyonda zorlanma, topaklı veya sert dışkı, tam boşalamama hissi, parmak yardımı ile gayta boşaltma, bağırsak hareketlerinin en az %25'inde anorektal tıkanıklık veya obstrüksiyon hissi ve dışkılama sıklığında azalma (haftada üçten az bağırsak hareketi). Yukarıdaki kriterlerin son üç ay boyunca karşılanmış olması ve semptomların tanıdan en az altı ay önce başlamış olması gerekmektedir. Laksatif kullanımı olmadan gevşek dışkı nadiren görülmeli ve irritabl bağırsak sendromu tanısı için yetersiz kriterler bulunmalıdır. Kabızlık, yetersiz defekasyon, seyrek defekasyon ya da dışkı geçişinde zorluk yaşanması ile karakterizedir. Yaşlı bireylerde kabızlık, fekal tıkanıklık ve taşma şeklinde dışkı inkontinansı ile ilişkili olabilir. Fekal tıkanıklık; sterkoral ülserasyon, kanama ve anemiye neden olabilir. Farklı çalışmalarda yaşlı bireylerde kabızlık prevalansının yüzde 24 ile yüzde 50 arasında değiştiği raporlanmıştır. Toplumda yaşayan yaşlı bireylerin yüzde 10 ile 18'i, huzurevi sakinlerinin ise yüzde 74'ü günlük olarak laksatif kullanmaktadır. Yaş dışında, kronik kabızlık için risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, fiziksel inaktivite, düşük eğitim ve gelir seviyesi, yetersiz lif alımı, eşzamanlı ilaç kullanımı ve depresyon bulunmaktadır. Bir araştırmada daha az kalori ve yemek tüketen yaşlı bireylerin kabızlık yaşama olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eşlik eden hastalıklar ve huzurevi yaşamı, kabızlık için diğer risk faktörleridir (8).

Benign Prostat Hiperplazisi: Benign prostat hiperplazisi (BPH), prostat bezinin idrar akışını yavaşlatacak ya da engelleyecek düzeyde büyümesiyle karakterize bir durumdur. 31-40 yaş arası erkeklerin yaklaşık yüzde 8'inde BPH bulunmaktadır. 80 yaş ve üzeri erkeklerde ise BPH

prevalansı yüzde 80'in üzerindedir. Çoğunlukla asemptomatiktir, semptomatik hastalarda en sık görülen belirtiler alt üriner sistem semptomları(AÜSS) olarak adlandırılır (9);

- Sık idrara çıkma (Özellikle geceleri)
- İdrar akışının kesik, zayıf ya da tereddütlü olması
- İdrar kaçırmaya ya da damlama

Prostat Kanseri: Yıllık tahmin edilen 1.600.000 vaka ve 366.000 ölümle birlikte, prostat kanseri, erkeklerde en sık görülen kanserler arasında yer almaktadır. Tanı anında, hastaların yüzde 78'inde kanser lokalize olup, yüzde 12'sinde bölgesel lenf bezi tutulumu ve yüzde 6'sında uzak metastaz vardır. Çoğu prostat kanseri, lokalize evrede tanı alır ve asemptomatiktir. Nadir durumlarda, prostat kanseri, belirsiz alt üriner sistem semptomları (AÜSS) veya daha nadiren hematüri, hematospermi ya da kemik ağrısı ile ortaya çıkabilir. Çoğu erkek için AÜSS genellikle malign olmayan durumlara bağlıdır. Özellikle, sık idrara çıkma, ani sıkışma hissi, işemeye başlamada duraksama ve noktüri gibi AÜSS, prostat kanserinden ziyade iyi huylu prostat hiperplazisi (BPH) gibi benign etiyolojilerle daha sık ilişkilidir. Bu tür semptomlar ayrıca mesane çıkışı tıkanıklığı, idrar yolu enfeksiyonu, prostatit, interstisyel sistit ya da kronik pelvik ağrı sendromu nedeniyle de görülebilir (10).

Kontinans değerlendirilmesi: Üriner inkontinans özellikle yaşlılarda olmak üzere her yaşta görülebilmekte, yaşlı erkeklerin yaklaşık %15'inde, kadınların da %30'unda ortaya çıkmaktadır (11). İnkontinans yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkilemekte; utanç, damgalanma, izolasyon ve hatta depresyona neden olabilmektedir. Yatağa bağımlı hastalarda idrar, ciltte tahrişe neden olmakta, bu durum basınç ülseri oluşumuna kadar ilerleyebilmektedir. Buna ilaveten örneğin sıkışma tipi inkontinans da yaşlı bireylerde düşme ve kırıklara neden olabilmektedir. Bu kadar önemli sorunlara yol açan inkontinansın değerlendirilmesi ise oldukça kolaydır. Bu amaçla 'Hiç idrar kaçırdınız mı?' sorusunun sorulması yeterlidir (11). Yanıtı evet olan bireylerde öncelikle inkontinansın geçici/sekonder nedenlerine yönelik değerlendirme yapıp bu nedenlerden biri tespit edilirse de tedavi edilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirmede de **DIAPPERS**; **D**elirium (Akut konfüzyonel bozulma), **I**nfection (İdrar yolu enfeksiyonları), **A**trophic Vaginitis (Atrofik vajinit), **P**harmaceuticals (İlaçlar), **P**sychological (Psikolojik nedenler), **E**xcess fluids (Fazla sıvı artışı veya alımı), **R**estricted mobility (Hareket kısıtlanması, immobilité), **S**tool impaction (Fekal impakt) yöntemi kullanılabilir (EK-4) (12).

Fekal inkontinans; istemsiz gaz ve/veya sıvı gaita kaçıışı (minör inkontinans) ve istemsiz katı gaita kaçıışı (majör inkontinans) olarak ikiye ayrılmakta ve yaşla birlikte görülme sıklığı artmaktadır. Üriner inkontinansa benzer şekilde bireyin kendine güvenini engelleyebilen bir durum olup anksiyete ve sosyal izolasyona yol açabilmektedir. Fekal inkontinansa altta yatan neden kişinin tıbbi hikayesi, fiziksel muayenesi ve tanısal testler ile ortaya konulabilmekte ve

altta yatan nedene göre de farklı tedaviler (medikal tedavi, cerrahi, nöroterapi gibi) uygulanabilmektedir (13).

Basınç yaralanması değerlendirmesi: Yaşa bağlı değişikliklerden olan cilt kuruluğu, cilt altı yağ dokusunun kaybı, azalmış immun cevap, ayrıca azalmış mobilite ve malnutrisyon, komorbid hastalıkları olan yaşlılarda cilt problemlerini ağırlaştırabilir ve/veya çözümünü geciktirebilir (2).

Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık: Sosyal izolasyon, bireylerin aile, arkadaşlar ya da topluluk ile yeterli bağlantılara sahip olmamaları durumudur. Buna karşılık yalnızlık ise subjektif olarak yalnız hissetme durumudur. İnsanlar farklı miktarlarda yalnızlık isteyebilir ve yalnız olmak, yalnızlık hissi yaratmayabilir. Bir birey insanlar arasında olsa da yalnızlık hissi yaşayabilir. Genel olarak, yalnızlık riski, sosyal izolasyonla birlikte artar. Yaşlı bireylerde, partner ya da diğer yakınlarının kaybı, hareketliliğin azalması, görme ve işitme kaybı, kronik hastalıklar, ulaşım imkanlarının kısıtlanması ya da sevilen aktivitelerin son bulması gibi faktörler sosyal izolasyon ve yalnızlık riskini artırmaktadır. Araştırmalar, sosyal izolasyon ve yalnızlığın bir dizi fiziksel ve zihinsel sağlık durumu ile ilişkilendirildiğini göstermektedir. Yalnızlık; kalp hastalığı, demans, inme, anksiyete ve depresyon riskinin artmasıyla ilişkilidir. Buna karşın, gelişmiş sosyal bağlantılar, daha uzun yaşam süresi ve daha iyi sosyal, duygusal ve fiziksel iyilik haliyle ilişkilidir (14).

Tablo 2 Geriatrik Değerlendirmeler

Testin adı	Açıklama	Değerlendirme ve Yönlendirme
Fonksiyonel Değerlendirme	Bireye Katz ve Lawton Brody Testleri (Ek-1) yapılır.	Fonksiyonel değerlendirme testlerinden tam puan alan hastaların yıllık izlemine devam edilir.Katz ve Lawton Brody testlerinde yapılamayan veya destek alınan faaliyetler var ise bunlar değerlendirilir, gerekli yönlendirmeler/bilgilendirmeler yapılır. Bu hastalar yakın takibe alınır. Katz testinde herhangi bir soruda ‘kendi yapamıyor’ işaretlenirse gerekli eğitim ve yönlendirmeler (sosyal çalışmacı, hasta yakını vs.) yapılır, hasta yakın takibe alınır ve HYP izlemi 6 ayda bir yapılır. Lawton Brody testine göre de birey eğer özellikle ilaç kullanımında destek alıyorsa veya 4 üstü maddede destek alıyorsa ilgili eğitim ve yönlendirme (sosyal çalışmacı, hasta yakını vs.) yapılması önerilir (Bu kriterin dışında herhangi bir maddede destek alınıyorsa o maddeye özel değerlendirme yapılması gerektiği de unutulmamalıdır) yakın takibe alınır ve HYP izlemi 6 ayda bir yapılır.
Öz Bakım Değerlendirmesi	Hastaların öz bakım yetersizliğinin olup olmadığı değerlendirilir.	Değerlendirme sonucunda sorun tespit edilen hastalara/hasta yakınlarına genel bilgilendirme yapılır ve/veya eğitim verilir (Ek-6) burada broşürlerden faydalanılabilir. Bu hastalar yakın takibe alınır ve HYP izlemleri 6 ayda bir yapılır. Öz bakımı yeterli olan bireylerin izlemlerine yıllık olarak devam edilir.

Görme ve İşitme Değerlendirmesi	Bireylerde işitme/görme sorunu olup olmadığı değerlendirilir.	Bireylerin yıllık rutin HYP izlemine devam edilir. Görme sorunu olduğundan şüphelenilen bireylerde Snellen testi yapılabilir ve /veya aile hekimine yönlendirilir. İşitme sorunu olduğundan şüphelenilen bireylerde fısıltı testi yapılabilir ve/veya aile hekimine yönlendirilebilir.
Ağız-Diş Sağlığı Değerlendirmesi	Bireylerde ağız-diş sağlığı açısından genel değerlendirme yapılır.	Bireyler yıllık rutin HYP izlemine alınır. Değerlendirme sonucunda sorun tespit edilen hastalara bilgilendirme yapılır ve/veya eğitim verilir, bu bilgilendirmede ayrıca broşürlerden faydalanılabilir.
Yardımcı/Medikal Cihaz Kullanımının Değerlendirilmesi	Hastaya kullandığı yardımcı/ medikal cihaz olup olmadığı sorulur; Medikal cihazlar için kızarıklık, tıkanıklık, yerinde olmama durumu ve diğer cihazlarla (işitme cihazı, gözlük, baston vb) ilgili olarak da sorun olup olmadığı değerlendirilir.	Kullanılan yardımcı/medikal cihazda sorun tespit edildiği takdirde eğer sorun tıbbi nedeni ise hasta ileri değerlendirme için aile hekimine yönlendirilerek yakın takibe alınır. Mevcut sorun giderildikten sonra yıllık rutin HYP izlemine devam edilir.
Düşme Değerlendirmesi	Bireye son bir yılda düşme öyküsünün olup olmadığı sorulur ve yanıt 'evet 'ise aşağıdaki durumlar sorgulanır (15); • Hasar • Yılda 2'den fazla düşme • Kırılgan • Düşme sonrası kalkamama • Bilinç kaybı veya bayılma şüphesi	Düşme değerlendirmesi sonucundan bağımsız olarak bireylerin yıllık izlemine devam edilir. Düşme öyküsü olan bireylerde düşme ile ilgili genel bilgilendirme yapılır ve/veya eğitim verilir (Ek-6) burada broşürlerden faydalanılabilir. Düşme öyküsü olup sonrasında sorulan parametrelerden herhangi biri pozitif olan hastalar tekrarlama riski olan düşme nedeniyle aile hekimine yönlendirilerek yakın takibe alınır.
Sarkopeni Riskinin Değerlendirilmesi	Sarkopeni riskini değerlendirmek için bireye SARC-F anketi uygulanır (Ek-1) (16).	Uygulanan anketten 4 puan ve üzeri alanlar 'Sarkopeni Riski' olan bireyler olarak değerlendirilerek yakın takibe alınır, HYP izlemleri 6 ayda bir yapılır. Bu bireylere beslenme ve egzersiz

		önerilerinde bulunulur (Ek-6), hastalar aile hekimi tarafından ek planlama ve yönlendirme açısından değerlendirilir.
Kırılglanlık Durumunun Değerlendirilmesi	Kırılglanlık durumunu değerlendirmek amacıyla bireye klinik kırılglanlık ölçeği (Ek-1) uygulanır.	Klinik kırılglanlık ölçeğinde; 4 ve üzeri puan alan hastaların beslenme durumu gözden geçirildikten sonra uygun hastalara proteinden zengin beslenme önerisinde bulunulur (Ek-6). Bu hastalara ayrıca egzersiz yapmaları önerilir (Ek-6) yakın takip edilir ve HYP izlemi 6 ayda bir yapılır. 4 altı puan alan bireylerde ise yıllık HYP izlemine devam edilir.
Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi	Bireye aşağıdaki iki soru sorulur; 3) Son 6 ayda kilosunun %10'unu kaybetti mi? 4) BKİ ≤ 22 mi? Bunlardan birine evet cevabı verilirse Mini Nutrisyonel Tarama Testi (MNA) (Ek-1) yapılır.	İki sorudan birine evet yanıtı verenlerde ve MNA tarama testi sonucunda 11 puan veya daha düşük alan hastalara malnutrisyonla ilgili genel bilgilendirme yapılır ve/veya eğitim verilir (Ek-6) burada broşürlerden faydalanılabilir. Malnutrisyon nedeni aile hekimi tarafından değerlendirilerek ileri tedavi planlaması yapılır. Bu hastalar yakın takip edilir, 6 ayda bir HYP izlemi yapılır. MNA testinde 11 puan üstü alan bireylerin ise yıllık izlemine devam edilir.
Duygudurum Değerlendirmesi	Bireye iki soru sorulur; 1) Son bir ay içinde kendinizi üzgün veya kederli hissettiniz mi? 2) Son bir ayda iş ve uğraşlarda zevk ve ilgi azalması oldu mu? Sorulardan birinin yanıtının 'evet' olması durumunda hastaya Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası (GDS- kısa) (Ek-1) uygulanır.	GDS'de 5 veya üzeri puan alan bireyler depresyon açısından klinik olarak değerlendirilmek üzere aile hekimine yönlendirilir. Bu bireyler 6 ayda bir HYP izlemine alınır (depresyon tanısı konulduğu takdirde daha erken takibe alınabilir). Duygudurum değerlendirmesi sonucunda bireylerde herhangi bir sorun tespit edilmezse yıllık HYP izlemine devam edilir.

Kognitif Değerlendirme	Bireyin demansının olup olmadığı sorgulanır, daha önce demans tanısı almamış hastalara 3 kelime testi (17) yapılır. Bu test iki aşamadan oluşmaktadır: 3) 3 Kelime Kaydı: Hastaya öncelikle 3 kelime söyleneceği, bu kelimeleri aklında tutması gerektiği ifade edilir. Hastanın anladığı kanaatine varıldığında hastaya 3 kelime (mavi-şahin lale gibi) en fazla iki kere olmak kaydıyla söylenir ve en fazla 20 sn ipucu verilmeden beklenerek tekrar etmesi beklenir. 4) 3 Kelime Hatırlama: Bu testin yapılması için ilk testten sonra hastaya başka bir görev verilmiş veya başka bir konu hakkında soru sorulmuş olması gerekir. Bekleme süresinde diğer değerlendirme testleriyle devam edilir. Hastaya daha önce söylenmiş olan 3 kelimeyi hatırlayıp hatırlamadığı sorulur.	Demans olan hastaya/yakınına/bakıcısına demans konusuna dair genel bilgilendirme yapılır ve/veya eğitim verilir (Ek-6) burada broşürlerden faydalanılabilir. Demans olmayan bireylerde de; Bireyler kendilerine söylenen 3 kelimeyi kayıt eder ve hatırlarsa yıllık izlemlerine devam edilir. 3 kelimedenden en az birini öğrenemez veya hatırlayamazsa hastaya unutkanlığın yaşlanmanın doğal bir parçası olmadığı ve değerlendirilmesi gerektiği hususunda bilgi verilerek aile hekimine yönlendirilir. Aile hekiminden değerlendirilen hasta, yakın takibe alınır ve HYP izlemi 6 ayda bir yapılır.
Uyku Değerlendirmesi	Hastaya uyku sorununun olup olmadığı sorulur.	Uyku sorunu olan hastalara uyku hijyeni ile ilgili genel bilgilendirme yapılır ve/veya eğitim verilir (Ek-6) burada broşürlerden faydalanılabilir. Bu hastalar yakın takip edilir ve HYP izlemi 6 ayda bir yapılır.
İnkontinans Değerlendirmesi	Bireye üriner/fekal inkontinans olup olmadığı sorulur. Yanıt 'Evet' ise ileri değerlendirme yapılır.	Sorgulama sonucundan bağımsız olarak bireylerin yıllık rutin izlemine devam edilir. Üriner inkontinans olan bireylerde inkontinansa dair genel bilgilendirme yapılır ve/veya eğitim verilir (Ek-6) burada broşürlerden faydalanılabilir. Hasta inkontinansın nedenlerinin değerlendirilmesi ve ileri tedavi planlanması için aile hekimine yönlendirilir. Fekal inkontinans varsa hasta ilgili branşa yönlendirilir(Nöroloji, genel cerrahi, geriatri).

Boşaltım Değerlendirmesi	Hastaya kabızlık sorununun olup olmadığı ve hasta erkek ise; kesik kesik işeme/çatalı işeme/idrarını tam boşaltamama sorunlarının olup olmadığı sorulur.	Kabızlık sorunu tespit edilen hastalarda bu soruna yönelik genel önerilerde bulunur, hastaya yapabilecekleri konusunda genel bilgilendirme yapılır ve/veya eğitim verilir (Ek-6) burada broşürlerden faydalanılabilir. Bu hastalar yakın takibe alınır ve HYP izlemleri 6 ayda bir yapılır. İdrar yaparken sorun yaşayan hastalar da ileri değerlendirme için aile hekimine yönlendirir. Bu hastalar yakın takibe alınır ve HYP izlemleri 6 ayda bir yapılır.
Basınç Yaralanması Değerlendirmesi	Hastada basınç ülserinin olup olmadığı değerlendirilir. Basınç ülseri olmayan bireylere günde 2 saatten fazla immobil kalıp kalmadığı sorusu sorulur. Yanıtın 'evet' olması durumunda BRADEN değerlendirme (Ek-1) uygulanır. BRADEN ölçeği sonucuna göre hastaya gerekli eğitim ve yönlendirmeler yapılır.	Basınç yaralanması olan bireylerde müdahale ve bakım planı ile birlikte hasta/hasta yakınına genel bilgilendirme yapılır ve/veya eğitim verilir (Ek-6) burada broşürlerden faydalanılabilir. 6 ayda bir HYP izleme devam edilir, hasta ayrıca yakın takibe alınır. Basınç yaralanması olmayan immobil hastalarda ise uygulanan BRADEN ölçeği sonucuna göre bası yarası riski tespit edilirse genel bilgilendirme yapılır ve/veya eğitim verilir (Ek-6) burada broşürlerden faydalanılabilir. 6 ayda bir HYP izleme devam edilir, hasta ayrıca yakın takibe alınır. Basınç yaralanması ve/veya riski bulunmayan bireylerde yıllık HYP izlemine devam edilir.
Ağrı Değerlendirmesi	Hastaya ağrısının olup olmadığı sorulur ve bu sorgulamada Sayısal Ağrı Skalası veya Wong Baker Yüz Skalası kullanılır (Ek-5)	Ağrısı olan hastalar ağrı açısından klinik olarak değerlendirilmek üzere aile hekimine yönlendirilir, bu hastalar yakın takibe alınır
Sosyal İzolasyon/Yalnızlık Hissi Değerlendirmesi	Hastalarda sosyal izolasyon/yalnızlık hissi olup olmadığı sorgulanır.	Sosyal izolasyon ve/veya yalnızlık hissi olan bireylere ise bilgilendirme/eğitim yapılır (Ek-6) burada broşürlerden faydalanılabilir. Bu hastalar yakın takibe alınır ve HYP izlemleri 6 ayda bir yapılır.

İhmal/İstismar Değerlendirmesi	1) Hekimin bireyde ihmal/istismar düşünüyor olup olmadığı ve 2) Bireyin kendisinin ihmal/istismar edildiğini düşünüp düşünmediği sorularının yanıtları sorgulanır.	İhmal/istismar değerlendirmesi için sorulan soruların yanıtları ‘hayır’ ise bireylerin yıllık rutin izlemelerine devam edilir. Bu sorulardan herhangi birinin yanıtının ‘evet’ olması durumunda ilgili mercilere (il sağlık müdürlüğü/cumhuriyet başsavcılığı/kolluk kuvvetleri) başvuruda bulunulur. Birey yakın takip edilir ve HYP izlemi 6 ayda bir yapılır.
---	--	---

Tablo 3 Yaşlı Bireyler İçin Yıllık Değerlendirme Parametreleri ve Sıklıkları

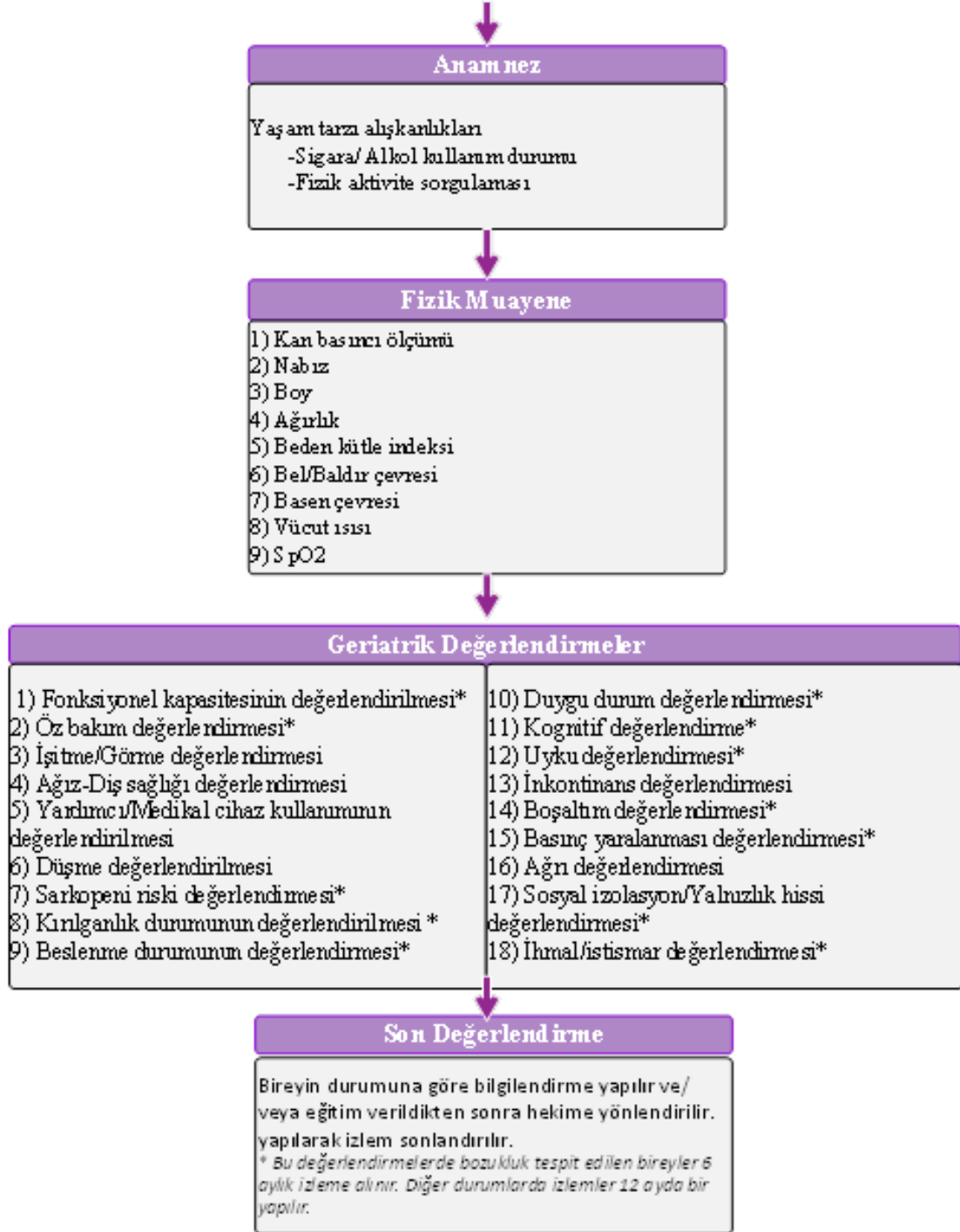
Fizik Muayene ve Geriatrik Değerlendirme	İlk Değerlendirme	İzlem (Riskli Grup) *	İzlem
	Hastanın ilk değerlendirilmesi	İlk izlemden 6 ay sonra	İlk izlemden 12 ay sonra
Kan basıncı ölçümü	√		√
Boy ölçümü	√		√
Nabız	√		√
Kilo ölçümü	√	√	√
Fonksiyonel değerlendirme *	√	√	√
Öz bakım değerlendirmesi*	√	√	√
Görme ve işitme değerlendirmesi	√		√
Ağız ve diş sağlığı değerlendirmesi	√		√
Yardımcı/Medikal cihaz kullanımının değerlendirilmesi	√		√
Düşme değerlendirmesi	√		√
Sarkopeni riskinin değerlendirilmesi*	√	√	√
Kırılganlık durumunun değerlendirilmesi*	√	√	√
Beslenme değerlendirmesi*	√	√	√
Duygudurum değerlendirmesi*	√	√	√
Kognitif değerlendirme*	√	√	√
Uyku değerlendirmesi*	√	√	√
Boşaltım değerlendirmesi*	√	√	√
İnkontinans değerlendirmesi	√		√
Basınç yaralanması değerlendirmesi*	√	√	√
Ağrı değerlendirmesi	√		√
Sosyal izolasyon/yalnızlık hissi değerlendirmesi*	√	√	√
İhmal/ istismar değerlendirmesi*	√	√	√

*Belirtilen değerlendirmelerde bozukluk olan hastalar ‘Riskli Grup’ olarak tanımlanarak, 6 aylık izlem önerilmiştir.

YAŞLI BİREYİN ÇOK YÖNLÜ DEĞERLENDİRMESİ VE İZLEMİ ALGORİTMASI

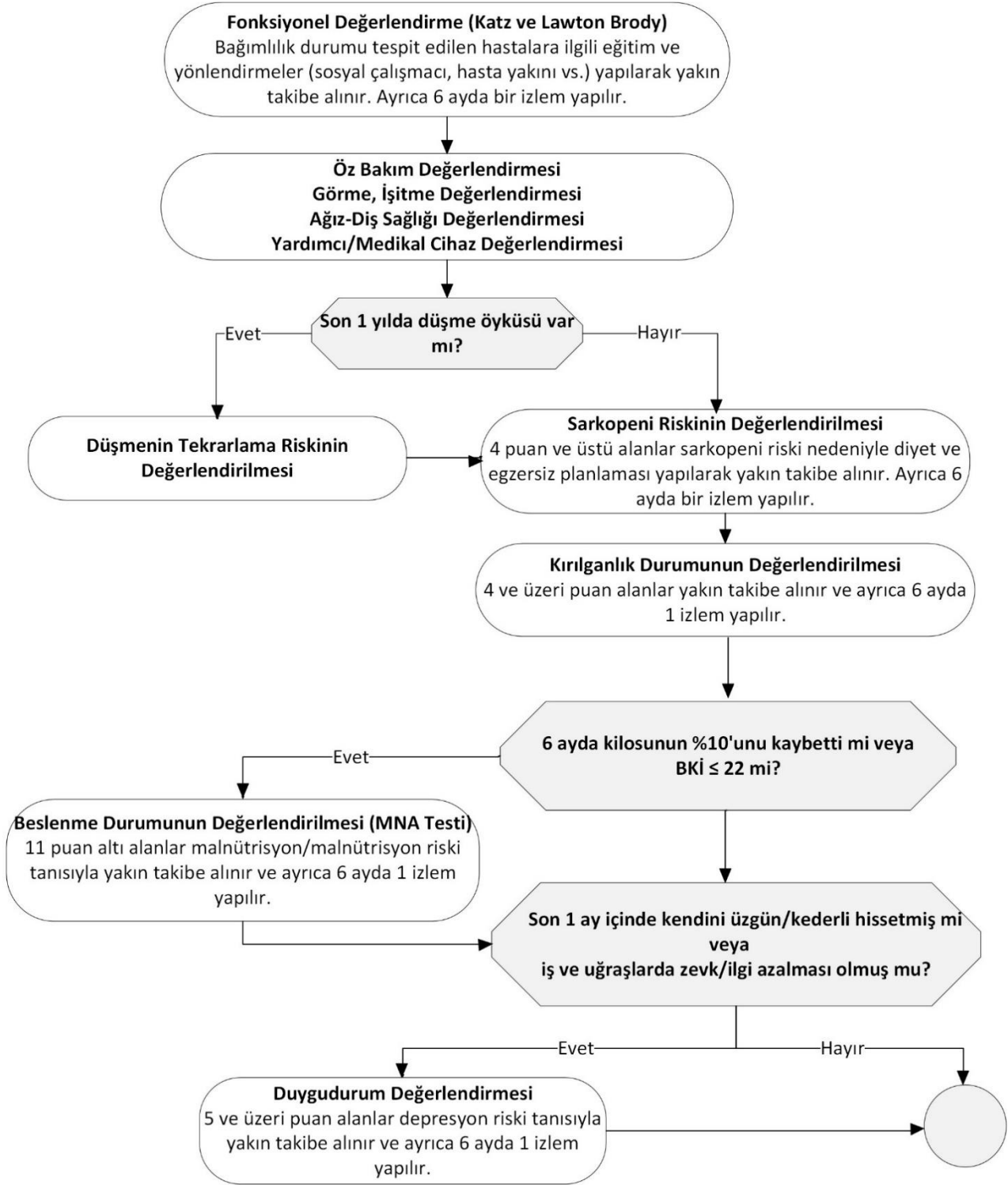
65 yaş ve üzeri her bireyi yılda en az bir kez değerlendirme (geriatrik/periodyik) yapmak için davet (sms, telefon vb.) ediniz.

Davet sonucu veya bireysel olarak gelen kişilere dair aşağıdaki bilgileri kaydedin.



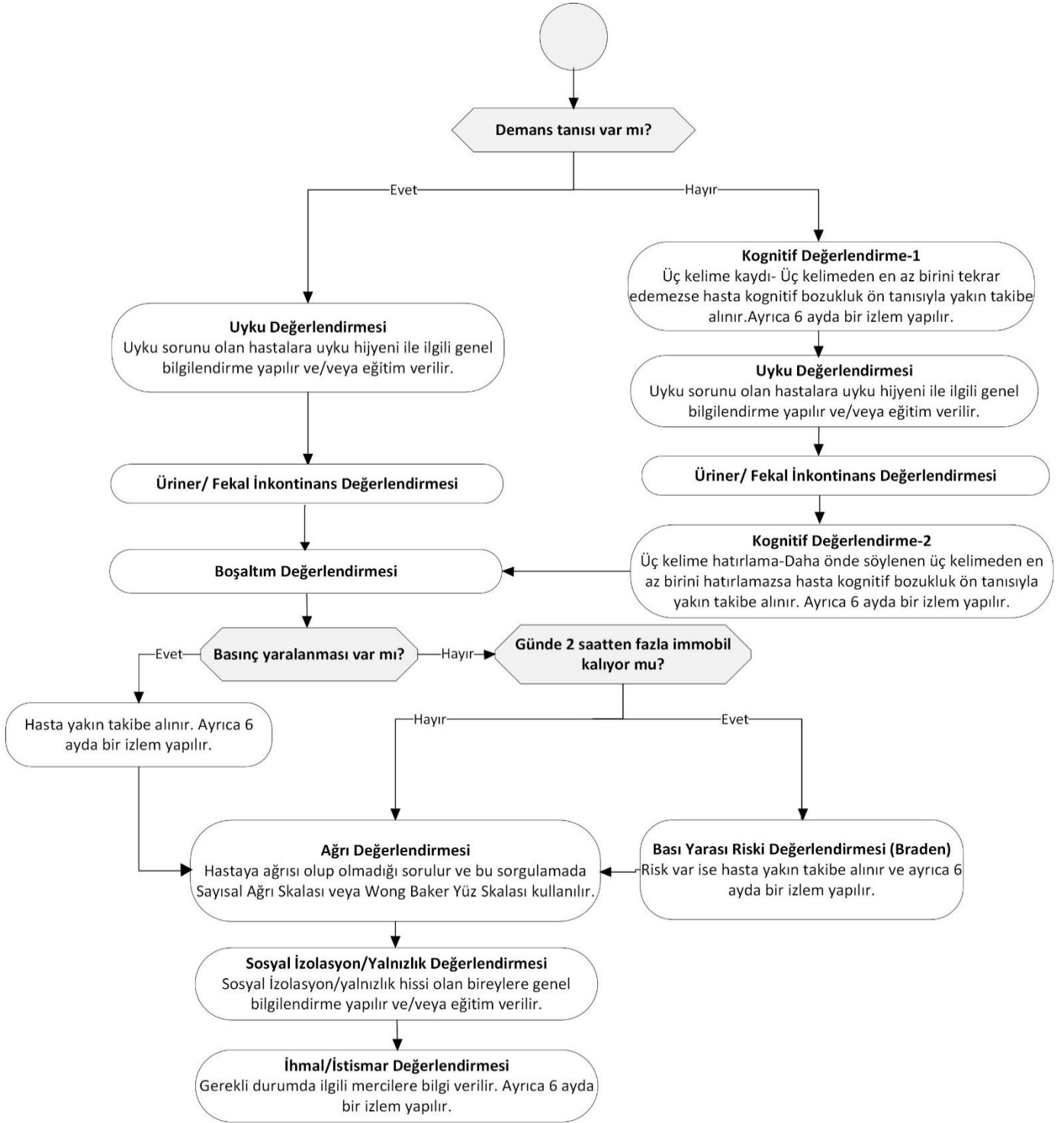
Şekil 6 Yaşlı Bireyin Çok Yönlü Değerlendirmesi ve İzlemi Algoritması

GERİATRİK DEĞERLENDİRME ALGORİTMASI -1



Şekil 7 Geriatrik Değerlendirme Algoritması-1

GERİATRİK DEĞERLENDİRME ALGORİTMASI -2



Şekil 8 Geriatrik Değerlendirme Algoritması-2

YAŞLI BİREYLER İÇİN YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİĞİ ÖNERİLERİ

Sağlıklı Beslenme

Yaşlı bireyler için beslenme önerileri (18);

1- Yağı Azaltın.

Toplam yağ tüketimi enerjinin %30'unu geçmemelidir ve Bitkisel yağlar tercih edilmelidir.

Doymuş yağ alımı alınan kalorilerin %10'undan daha düşük olacak şekilde azaltılmalıdır. Trans yağ asidi alımı ise mümkün olduğunca azaltılmalı veya hiç alınmamalıdır.

Az yağlı süt ürünleri kullanın.

Yağsız et tüketin.

2- Tuzu azaltın.

Tuz alımı yetişkinlerde ve özellikle hipertansif kişilerde günde 5 g'ın altında (sodyum alımı günde 2 g'dan az) olmalıdır.

3- Haftada en az 2 kez balığa yer verin.

4- Günlük 0.8-1.2 gr/kg/ protein tüketin.

5- Günde en az 5 porsiyon (en az 400 g/gün) sebze ve meyve tüketilmeli, bunlardan en az 2.5- 4 porsiyonu sebze, 2-3 porsiyonu meyve olmalıdır.

6- Tam tahılları ve ürünlerini tercih edin.

7- Posalı (lifli) gıda tüketiminizi arttırın. Günlük lif 25-30 g alınmalı; bunun için kepekli ürünler, meyve ve sebzeler tercih edilebilir.

8- Şekerle tatlandırılmış içecekler tüketmeyin.

9- Bel çevrenizi ölçün/ölçtürün.

Kadında bel çevresi 80-88 cm ise erkekte 102 cm üstünde ise daha fazla kilo alınmamalıdır.

Kadında ≥88 cm ve erkekte ≥102 cm ise sağlık için kilo verilmelidir.

Fizik Aktivite

Yaşlı bireyler için fiziksel aktivite önerileri (19);

1- Aerobik Egzersiz:

Haftada ≥5 gün;

- 30- 60 dakika (daha küçük zaman dilimlerine bölünebilir),
- Orta yoğunlukta (10 üzerinden 5-6 yoğunlukta= konuşabilir durumda) egzersiz yapılması önerilir.

2- Kuvvet (Güçlendirme) Egzersizi:

Ana kas gruplarında;

- 8-12 tekrardan oluşan 1-3 set(her sette 8-12 tekrar),
- Orta-yüksek yoğunlukta (10 üzerinden 5-8 ; 5-6 yoğunlukta = konuşabilir durumda, 7-8 = nefes nefese kalma) egzersiz yapılması önerilir.

3- Esneklik/Denge Egzersizi:

Haftada ≥2 gün;

- Hareket aralığını korumak/geliştirmek için esneklik egzersizi (örn. ana kas/tendon gruplarını esnetme, yoga)
- Düşme riski olanlar için denge egzersizleri (örn. tai chi, bireyselleştirilmiş denge egzersizleri) yapılması önerilir.

Tütün ve Tütün Mamüllerini Bırakma

1- Tütün ve tütün mamülü kullanmayın ve içilen ortamlardan uzak durun.

Tütün ve tütün mamülü kan basıncını ve kalp atım hızını arttırır. HDL kolesterol düzeyini düşürür, kanın pıhtılaşma eğilimini arttırır. Ani kalp krizine neden olur.

2- Tütün ve tütün mamülü kullanmayı bırakın.

Tütün ve tütün mamülü içicisi olarak tanımlanan tüm hastalara tütün ve tütün mamülü bırakma önerisinde bulunulmalıdır. (Tütün ve tütün mamülü içenler, hekime başvurdıkları herhangi bir sağlık sorunu ile bağlantı kurulduğunda tütün ve tütün mamülü bırakma önerisine daha açık olabilmektedir).

Ne söyleneceği ve nasıl söyleneceği öneride bulunan hekime, öneriyi alan kullanıcıya ve önerinin bulunulduğu duruma bağlıdır. Hastaya bırakma önerisinde bulunurken, net cümleler kurulmalı, kanıtlardan yararlanarak güçlü mesaj verilmelidir.

Güçlü ve bireyselleştirilmiş bir şekilde bırakması için aşağıda yer alan mesajlar gibi mesajlar vererek teşvik edilmelidir.

- Tütün kullanımı; kalp ve akciğer hastalığını, kalp krizi ve/veya inme riskini arttırır.
- Tütün kullanımını bırakmak kalbinizi ve sağlığını korumak için yapabileceğiniz en önemli şeydir.
- Artık bırakmak zorundasınız vb.

3- Tütün ve tütün mamülü bırakmayı düşünenler için 5A* yaklaşımı, tütün ve tütün mamülü bırakmayanlar için 5R** yaklaşımı uygulanmalıdır.

*Ask (öğren) Advise (öner) Assess (ölç) Assist (önderlik) Arrange (örgütüle)

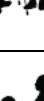
**Relevance (ilişki) Risks (riskler) Rewards (ödülleri) Roadblocks (engeller) Repetition (tekrar)

4- Hastaya bilişsel davranışçı terapi yaklaşımında bulunulmalıdır.

Şekil 9 Yaşlı Bireyler İçin Yaşam Tarzı Değişikliği Önerileri

EK-1: DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ

1. Klinik Kırılganlık Ölçeği

	1. Çok Zinde: Dinç, aktif, enerji dolu, motive olan kişiler. Bu kişiler sıklıkla düzenli egzersiz yaparlar. Kendi yaşlıları arasında en dinç olan kişilerdir.
	2. İyi: Aktif hastalık semptomu olmayan fakat 1. Kategorideki kişilerden daha az dinç; sıklıkla egzersiz yaparlar veya ara sıra çok aktiftirler. Örn: mevsimsel
	3. İyi İdare Edebilir: Medikal sorunları kontrol altında olan, düzenli yürüyüş dışında aktif olamayan kişilerdir.
	4. Kolay İncinebilir: Günlük işlerinde bağımsız olmasına rağmen hastalık semptomlarından dolayı hareketleri kısıtlıdır. Genellikle yakınmaları 'yavaşlık' ve 'gün boyu yorgunluk hissi' dir.
	5. Hafif Kırılgan: Hareketlerde daha belirgin olan yavaşlama, enstrümental günlük yaşam aktivitesinde (finansal konular, transfer, ağır ev işleri, ilaç kullanımı) yardıma ihtiyaç duyma.
	6. Orta Derece Kırılgan: Ev dışı aktivitelerinin tamamında ve ev içi temizlik işlerinde tamamen bağımlı. Genellikle merdiven çıkması sorunlu, destekli banyo yapan ve giyinme konusunda minimal yardım ihtiyacı olabilecek kişilerdir.
	7. Aşırı Kırılgan: herhangi bir sebepten dolayı (fiziksel veya kognitif) kişisel bakım için tamamen başkasına bağımlı. Bununla birlikte stabil görünümde veya ölüm riski yüksek olmayan kişiler (6 ay içinde)
	8. Çok Aşırı Kırılgan: Tamamen bağımlı, ömrünün sonuna yakın kişiler. Tipik olarak hafif bir hastalığı bile atlatamayacak kişilerdir.
	9. Terminal Hastalık: Ömrünün sonuna yakın olan kişiler. Bu kategori kırılganlık olmadan da 6 aydan daha kısa yaşam beklentisi olanlar için

2. Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MND) Tarama Testi

Sorular	Puanlama
Son üç ay içinde iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında azalma var mı?	0 = Şiddetli azalma var 1 = Orta derecede azalma var 2 = Azalma yok
Son 3 ay içinde kilo kaybı var mı?	0 = 3 kilogramdan fazla 1 = Bilinmiyor 2 = 1-3 kg arasında kayıp var 3 = Kilo kaybı yok
Hareketlilik	0 = Yatak veya sandalyeye bağımlı 1 = Yataktan, sandalyeden, kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor 2 = Evden dışarı çıkabiliyor
Son 3 ay içinde ortaya çıkan bir hastalığı veya psikolojik stresi var mı?	0 = Var 2 = Yok
Nöropsikolojik problemler	0 = Ciddi bunama veya şiddetli depresyon 1 = Hafif düzeyde bunama 2 = Hiçbir nöropsikolojik problem yok
Beden Kütle İndeksi (BKİ) (Vücut ağırlığı(kg)/boy ² (m ²))	0 = BKİ < 19 1 = 19 ≤ BKİ < 21 2 = 21 ≤ BKİ < 23 3 = BKİ ≥ 23

Tarama Puanı (maksimum 14 puan):

- 12-14 : Normal nütrisyonel durum
- 8-11 : Malnütrisyon riski
- 0-7 : Malnütrisyon

3. Günlük Yaşam Aktivitelerinde Katz Bağımsızlık İndeksi

Aktiviteler	Bağımsızlık	Bağımlılık
Puanlar (1 veya 0)	1 puan Denetim, yönlendirme veya personel yardımı olmadan	0 puan Denetim, yönlendirme, personel yardımı veya total bakım
Banyo	(1 puan) Tamamen bağımsız olarak banyo yapabiliyor veya sadece sırt, genital bölge veya hareket ettiremediği tek bir extremité gibi tek bir bölgenin yıkanmasında yardım alıyor	(0 puan) Tek bir vücut bölgesinden daha fazlasının yıkanmasında, banyoya girme veya çıkmada yardım alıyor. Veya tüm banyoyu yardımla yapıyor
Puan:		
Giyinme	(1 puan) Giysileri dolaptan ve çekmecedan alıp giyinebilir. Ayakkabı bağlamada yardım alabilir	(0 puan) Kendi başına giyinirken yardıma ihtiyaç duyuyor veya tam giyinmede yardıma ihtiyaç duyuyor
Puan:		
Tuvalet	(1 puan) Tuvalete giderken, otururken ve kalkarken, giysilerini çıkarıp giyerken ve temizlenirken yardıma ihtiyaç duymuyor	(0 puan) Tuvalete giderken veya temizlenirken yardıma ihtiyaç duyuyor veya sürgü yada sandalye kullanıyor
Puan:		
Transfer	(1 puan) Yardıma ihtiyacı olmadan yatağa girebiliyor veya yataktan çıkabiliyor, koltuğa oturup kalkabiliyor. Mekanik yürüme araçları kullanabilir	(0 puan) Yataktan koltuğa geçmek için yardıma ihtiyacı oluyor veya yardımsız hiç hareket edemiyor
Puan:		
İdrar ve gaita kaçırma	(1 puan) Küçük veya büyük tuvaletini kendisi kontrol edebiliyor	(0 puan) Kısmen veya tamamen idrar veya gaita kaçırıyor
Puan:		
Beslenme	(1 puan) Yemeğini tabaktan ağzına yardımsız götürebiliyor. Yemeğin hazırlanması başka bir kişi tarafından yapılabilir	(0 puan) Yemek yerken kısmen veya tamamen yardıma ihtiyacı oluyor veya damardan besleniyor.
Puan:		
Toplam puan:		

Değerlendirme:

- **6 puan:** yüksek (hasta bağımsız)
- **0 puan:** düşük (hasta çok bağımlı)

4. Lawtonun Günlük Enstrümental Yaşam Aktivite Skalası

Aktiviteler	Puan	Aktiviteler	Puan
Telefon kullanabilme		Çamaşır Yıkama	
Kendi isteği ile numaralara bakıp arama yapabilir	1	Tüm çamaşırlarını yıkayabilir	1
İyi bildiği birkaç numarayı arayabilir	1	Küçük parçaları yıkayabilir ve çorapları kıyafetleri durulayabilir	1
Telefona cevap verebilir ama arama yapamaz	1	Tüm çamaşır yıkama işlemleri başkaları tarafından yapılır	0
Telefonu hiç kullanamaz	0	Ulaşım	
Alışveriş		Kendi arabasıyla veya toplu taşıma araçlarıyla kendi başına istediği yere gidebilir	1
Tüm alışveriş ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılar	1	Ulaşımını kendi başına taksi ile sağlayabilir ancak toplu taşıma araçlarını kendi başına kullanamaz	1
Düşük miktartlı alışverişleri bağımsız olarak yapabilir	0	Başka birisi ile beraber veya yardım ile toplu taşıma araçlarını kullanabilir	1
Herhangi bir alışverişte yardıma ihtiyaç duyar	0	Başka birisinin yardımı ile taksi veya otomobil ile kısmen ulaşımını sağlayabilir	0
Hiçbir şekilde alışveriş yapamaz	0	Yardımlı ya da yardımsız ulaşımını sağlayamaz	0
Yemek Hazırlama		Tedavi Sorumluluğu	
Yeterli miktarda yemeği planlayabilir, hazırlayabilir ve servis edebilir	1	İlaçlarını doğru zamanda ve doğru dozajda alabiliyor	1
Malzemelerle desteklenirse yeterli miktarda yemeği hazırlayabilir	0	İlaçları bölünmüş dozlarda önceden hazırlanırsa doğru şekilde kullanabiliyor	0
Hazırlanmış yemeği ısıtabilir ve servis edebilir ancak yeterli miktarda yemek pişiremez	0	Kendi ilaçlarını alabilme kapasitesi yoktur	0
Yemeklerin pişirilmesinde ve servis edilmesinde yardıma ihtiyaç duyar	0		
Ev İdaresi		Mali İdare	
Evin tüm işlerini tek başına nadir yardım ile yapabilir (ağır işler)	1	Mali işlerini bağımsız olarak yönetebilir (bütçe yapar, çek yazar, ödemeler yapar, bankaya gider)	1
Tabak yıkama veya yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir	1	Günlük gelir giderlerini yapar ancak banka işlemleri ve büyük ödemeler için yardıma ihtiyaç duyar	1
Hafif işleri yapabilir ancak kabul edilebilir seviyede temizlik yapamaz	1	Para kullanma kapasitesi yoktur	0
Tüm ev işlerinde yardıma ihtiyacı olur	1		
Ev işlerine hiçbir katkıda bulunamaz	0		
Skorlama: /8			

Değerlendirme:

- **8 puan:** yüksek (hasta bağımsız)
- **0 puan:** düşük (hasta çok bağımlı)

5. Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa Form

Sorular	Evet	Hayır
Hayatınızdan memnun musunuz?	0	1
İlgilendiğiniz veya yapmakta olduğunuz işlerden çoğunu yapmayı bıraktınız mı?	1	0
Hayatınızın boş olduğunu mu düşünüyorsunuz?	1	0
Zamanınızın büyük kısmında sıkılıyor musunuz?	1	0
Çoğunlukla olumlu ruh halinde misiniz?	0	1
Size kötü şeyler olacağından korkuyor musunuz?	1	0
Kendinizi çoğunlukla mutlu mu hissedersiniz?	0	1
Sıklıkla umutsuzluk hissedersiniz mi?	1	0
Dışarı çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa çoğunlukla evde/odanızda kalmayı mı tercih edersiniz?	1	0
Her zamankinden daha fazla hafıza sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?	1	0
Şu an hayatta olmak güzel mi?	0	1
Sizce şu anki durumunuz değersiz mi?	1	0
Enerji dolu olduğunuzu mu hissediyorsunuz?	0	1
Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu hissediyorsunuz?	1	0
Diğer insanların çoğunun sizden iyi durumda olduklarını mı düşünüyorsunuz?	1	0

Değerlendirme:

- 0-4 : Normal
- 5-15 : Depresyon riski

6. Sarkopeni Riski Değerlendirmesi SARC-F Anketi

Bileşenler	Sorular	Puanlama
Kuvvet	Yaklaşık 4,5 kg'ı kaldırırken ve taşıırken ne kadar zorlanıyorsunuz?	Hiç zorlanmam = 0 Biraz zorlanırım = 1 Çok zorlanırım, yapamam = 2
Yürümede Yardım	Odanın bir ucundan diğer ucuna yürürken ne kadar zorlanırsınız?	Hiç zorlanmam = 0 Biraz zorlanırım = 1 Çok zorlanırım, yardım alırım, yapamam = 2
Sandalyeden Kalkma	Sandalye veya yataktan kalkarken ne kadar zorlanırsınız?	Hiç zorlanmam = 0 Biraz zorlanırım = 1 Çok zorlanırım, yardımsız yapamam = 2
Merdiven Çıkma	10 basamağı çıkarken ne kadar zorlanıyorsunuz?	Hiç zorlanmam = 0 Biraz zorlanırım = 1 Çok zorlanırım, yapamam = 2
Düşme	Geçmiş yıllarda kaç kere düştünüz?	Hiç düşmedim = 0 1-3 kere = 1 4 veya daha fazla = 2

Değerlendirme:

≥ 4 **puan:** Sarkopeni Riski

7. Braden Bası Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği

RİSK FAKTÖRLERİ	YÜKSEK RİSK: Toplam puan ≤ 12	ORTA RİSK: Toplam puan 13-14	DÜŞÜK RİSK: Toplam puan 15-16 ve 75 yaş üzerindeki için 15-18	
DUYGUSAL ALGI (UYARANIN ALGILANMASI) Basınca karşı oluşan rahatsızlığın algılanması	1 puan TAMAMEN SINIRLI (YETERSİZ) Ağrılı uyarılara yanıt vermiyor (inleme, algılama). Bilinçsizliğe bağlı olarak vücudunda ağrı odaklarını hissedemiyor.	2 puan ÇOK SINIRLI (YETERSİZ) Yalnız ağrılı uyarılara yanıt veriyor. (Rahatsızlığını inleme ile belli edebiliyor)	3 puan BİRAZ SINIRLI (YETERSİZ) Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Sürekli iletişim kurabiliyor. Hastanın yatak içinde çevrilmesi gerekiyor.	4 puan ORYANTE (TAMAMEN YETERLİ) Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Duyu kusuru yok.
DERİNİN NEM DURUMU Vücudun nemliliği	1 puan HER ZAMAN NEMLİ (SÜREKLİ ISLAK) Deri; ter, idrar, gaita ile sürekli ıslak, her çevrildiğinde ıslaklık hissediliyor.	2 puan GENELLİKLE NEMLİ Deri çoğu zaman ıslak. Her vardiyada çarşafların bir kez değiştirilmesi gerekiyor.	3 puan ARASIRA NEMLİ (BAZEN ISLAK) Deri bazen ıslak. Çarşafların ıslandıkça değiştirilmesi gerekiyor.	4 puan NADİREN NEMLİ Deri genellikle kuru, çarşafların rutin olarak değiştirilmesi gerekiyor.
HAREKET YETENEĞİ Pozisyonunu değiştirme ve kontrol edebilme	1 puan TAM HAREKETSİZ Yardımsız pozisyon değiştiremiyor.	2 puan KISITLI HAREKETSİZ Vücut ve ekstremiteler pozisyonlarında hafif değişiklik yapabiliyor. Kendiliğinden pozisyonunu değiştiremiyor	3 puan AZ HAREKETLİ Vücut ve ekstremitelerinde sık ancak hafif değişiklik yapabiliyor.	4 puan TAM HAREKETLİ Pozisyonunu yardımsız sıklıkla değiştirebiliyor.
FİZİKSEL AKTİVİTE Fiziksel aktivitenin derecesi	1 puan YATAĞA BAĞIMLI Her türlü bakım gereksinimi yatağa karşılanıyor.	2 puan SANDALYEYE BAĞIMLI Çok az yürüyebiliyor. Sandalyeye oturabilmesi için yardım gerekiyor Kendi ağırlığını kaldırmakta güçlük çekiyor.	3 puan DESTEKLE YÜRÜYOR Yardımla veya yardımsız kısa mesafede yürüyebiliyor. Her vardiyada çoğu zaman yatağa veya sandalyede oturuyor.	4 puan YARDIMSIZ SIK SIK YÜRÜYOR Günde en az iki defa oda dışına çıkabiliyor. Oda içinde 2 saatte bir yürüyebiliyor.
BESLENME Beslenme alışkanlığı	1 puan KÖTÜ (ÇOK YETERSİZ) Asla öğününün tamamını yiyemiyor. Nadiren verilen yemeğin 1/3'ünü yiyebiliyor. 2 öğün ya da daha az protein alabiliyor (et ve süt ürünleri). Sıvı alımı az. Ağızdan sıvı desteği alamıyor. 5 günden uzun süreyle IV ve berrak diyet alıyor.	2 puan YETERSİZ Verilen yemeğin yarısını, nadiren tamamını yiyebiliyor. Günde 3 defa protein bazen destekleyici ek gıda alabiliyor. Uygun diyetin tüp ile verilen besinin birazını alabiliyor.	3 puan YETERLİ Öğünün yarısından fazlasını yiyebiliyor. Günde 4 kez protein alabiliyor. Ara sıra öğünü reddediyor. Verilmişse ek diyeti ya da total parenteral beslenmeyi alabiliyor.	4 puan ÇOK İYİ Her öğünü çoğunlukla yiyor. Öğünleri reddetmiyor. Günde 4 defa protein alabiliyor. Genellikle öğün aralarında yiyor. Ek gıda gerekiyor.
SÜRTÜNME-BASI (TAHRİŞ)	1 puan SORUNLU Hareket ederken çok fazla yardıma gereksinimi var. Çarşafı kaydırmadan tamamen kaldırılması olanaksız. Sıklıkla sandalyeden ya da yataktan aşağıya kayıyor. Yeniden pozisyon vermede çok fazla yardıma ihtiyacı var. Sertlik, kontraktür ya da huzursuzluk sürekli sürtünmeye neden oluyor.	2 puan POTANSİYEL SORUNLU Çok az yardımla az ve güçsüz hareket yapabiliyor. Hareket sırasında deri; çarşafa, sandalyeye ya da diğer malzemelere sürtünüyor. Genellikle yatak ve sandalyede pozisyonunu sürdürüyor, fakat bazen kayıyor.		3 puan SORUNSUZ Yatak ve sandalyede bağımsız hareket edebiliyor. Kendini kaldırabilmek için; yeterli kas gücü var. Yatak ve sandalyede her zaman uygun pozisyonda duruyor.

EK-2: BİREYSEL DAYANIKLILIK VE KUVVET PLANI

Haftalar	Yürüme	Kuvvet
1-2. Hafta (Giriş ve uyum)	* Haftada 3 gün 10 dk yürüyün. * Yoğunluk seviyesi = 10 puanlık ölçekte 5-6	* Ağırlık kaldırma jimnastiği, elastik bantlar, serbest ağırlıklar veya ağırlık makineleri kullanılarak ana kas grupları için 4 ile 5 egzersiz * Haftada 2 (ardışık olmayan) günde 10 ile 15 tekrardan oluşan 1 set * Yoğunluk seviyesi = 10 puanlık bir ölçekte 5-8
2-6. Hafta (İlerlemeye başla)	* İlk olarak haftada 5 güne çıkarın. * Sonrasında da süreyi yavaş yavaş 20 dakikaya kadar uzatın.	* Toplamda 8-10 büyük kas grubunu çalıştıracak şekilde yavaş yavaş 4- 5 egzersiz ekleyin. * Haftada 2 (ardışık olmayan) günde 10-15 tekrardan oluşan 1 set * Yoğunluk seviyesi = 10 puanlık bir ölçekte 5-8.
6 hafta ve üzeri: (İlerlemeye devam et ve egzersiz rutinini iyileştir)	* Egzersiz sürenizi artırarak en az 30 dakikaya ulaşın. * Haftada 5 veya daha fazla gün egzersiz yapın.	* Haftada üçüncü ardışık olmayan gününü egzersiz planınıza ekleyin. * Hastanın ilerlemesine ve rahatlık seviyesine bağlı olarak egzersiz direncini %2-10 artırın. * Ağrısız egzersizi vurgulayın.

EK-3: YAŞLI BİREYLERDE İSTEMSİZ KİLO KAYBININ SIK GÖRÜLEN NEDENLERİ

MEALS-ON-WHEELS mnemonic	
M	Medications / İlaçlar
E	Emotional (Depression) / Duygusal (Depresyon)
A	Elder Abuse/Yaşlılara Kötü Muamele ; Anorexia nervosa /Anoreksiya Nervoza;
L	Alcoholism/ Alkolizm
S	Late life paranoia / Yaşlılık paranoyası
	Swallowing problems / Yutma sorunları
O	Oral problems / Ağız sorunları
N	Nosocomial infections / Hastane enfeksiyonları; No Money /Parasızlık
W	Wandering and other dementia related problems / Bunamayla ilgili gezinme ve diğer sorunlar
H	Hyperthyroidism / Hipertiroidizm
E	Enteral problems / Enteral sorunlar
E	Eating problems / Yeme sorunları
L	Low salt, low fat diet / Düşük tuz, düşük yağ diyeti
S	Stones (gallstones) / Taşlar (safra kesesi taşları); Social problems/İzolasyon, İsteddiği yiyeceğe ulaşamama,hazırlayamama

EK-4: ÜRİNER İNKONTİNANSIN TEDAVİ EDİLEBİLİR NEDENLERİ- DIAPPERS

DIAPPERS mnemonic
(D)elirium (Akut konfüzyonel bozulma)
(I)nfection (İdrar yolu enfeksiyonları)
(A) trophic Vaginitis (Atrofik vajinit)
(P) harmaceuticals (İlaçlar)
(P) sychological (Psikolojik nedenler)
(E) xcess fluids (Fazla sıvı artışı veya alımı)
(R) estricted mobility (Hareket kısıtlanması, immobilité)
(S) tool impaction (Fekal impakt)

EK-5: SAYISAL AĞRI SKALASI VE WONG BAKER YÜZ SKALASI



A. Uyku Önerileri

Yaşlı bireylerde sağlıklı bir uyku düzeni oluşturmak, genel sağlık ve yaşam kalitesi açısından büyük önem taşır. Uyku kalitesini artırmak için aşağıdaki önerilere dikkat edilebilir;

- 1. Uyku süresine dikkat edilmelidir:** Yaşlı bireyler için önerilen uyku süresi 7-8 saat arasındadır. Ancak bazı kişiler 6-9 saat uyuyarak da kendilerini dinç hissedebilir. Kişi uyku süresini takip ederek kendisi için en uygun olanı belirlemelidir.
- 2. Düzenli uyku programı oluşturulmalıdır:** Her gün aynı saatte yatıp kalkmak, biyolojik saati düzenlemeye yardımcı olur ve uyku kalitesini artırır.
- 3. Rahat bir uyku ortamı sağlanmalıdır:**
 - Yatak odasının karanlık, sessiz ve serin olmasına özen gösterilmelidir.
 - İyi havalandırılmış bir oda ve konforlu bir yatak, daha rahat bir uyku deneyimi sunar.
 - Uyku için ideal oda sıcaklığı 18-22°C arasındadır. Aşırı sıcak veya soğuk ortamlar uykunun bölünmesine neden olabilir.
- 4. Teknolojik cihazlar sınırlandırılmalıdır:** Yatmadan önce telefon, tablet ve bilgisayar gibi cihazlardan uzak durulmalıdır. Bu cihazların yaydığı mavi ışık, melatonin hormonunun salgılanmasını engelleyerek uyku düzenini bozabilir.
- 5. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapılmalıdır:** Gün içinde hafif egzersizler veya yürüyüşler yapmak, hem bedeni hem de zihni rahatlatır ve uyku düzenini iyileştirir. Ancak yatmadan hemen önce ağır egzersiz yapmak uyarıcı etkisi nedeniyle uykuya dalmayı zorlaştırabilir. Bu nedenle egzersizler yatmadan önce yapılmamalıdır.
- 6. Beslenme alışkanlıklarına dikkat edilmelidir:**
 - Kafeinli içecekler ve alkol, uykuya dalmayı zorlaştırabilir. Özellikle akşam saatlerinde bunların tüketiminden kaçınılmalıdır.
 - Özellikle akşam yemeğinde ağır ve yağlı yiyecekler yerine hafif yemekler tercih edilmelidir.
 - Gece sık sık tualete gitmek zorunda kalınabileceği için yatmadan önce çok fazla sıvı tüketmekten kaçınılmalıdır.
- 7. Gündüz şekerlemeleri sınırlandırılmalıdır:** Gündüz uzun süren uyuklamalar, gece uykusunun süresini ve kalitesini olumsuz etkileyebilir. 30 dakikayı geçmeyen kısa şekerlemeler tercih edilmelidir.
- 8. Stres yönetimi uygulanmalıdır:** Stres, uyku kalitesini olumsuz etkileyebilir. Stresi azaltmak için; meditasyon, derin nefes egzersizleri veya yoga gibi rahatlama teknikleri uygulanabilir.

- 9. Doğal ışık alınmalıdır:** Gün içinde doğal gün ışığı almak, vücudun uyku-uyanıklık döngüsünü düzenlemeye yardımcı olur. Bu nedenle mümkünse, günün bir kısmı açık havada geçirilmelidir.
- 10. Uyku ilaçlarına dikkat edilmelidir:** Uyku ilaçları kısa vadede yardımcı olabilir ancak uzun süreli kullanımları bağımlılık yapabilir ve yan etkilere neden olabilir. Bu nedenle, doktora danışmadan uyku ilacı kullanılmamalıdır.

Bazı gıdalar, melatonin ve serotonin üretimini destekleyerek uyku kalitesini artırabilir:

- Muz: Magnezyum ve potasyum içeriği sayesinde kasları gevşetir ve uykuya geçişi kolaylaştırır.
- Yoğurt ve süt: İçerdiği kalsiyum sayesinde melatonin üretimini destekler.
- Yulaf: Melatonin açısından zengin olup rahatlatıcı etkisi vardır.
- Badem ve ceviz: Triptofan ve magnezyum içerir, uykuya geçişi kolaylaştırır.
- Papatya çayı: Sakinleştirici etkisiyle uykuya dalmayı kolaylaştırabilir.
- Bal: Küçük miktarda tüketildiğinde melatonin üretimini artırabilir.

Kronik uykusuzluk (insomnia), depresyon, anksiyete ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili olabilir. Bu nedenle, uzun süredir devam eden uyku sorunlarını ihmal etmemek önemlidir. Eğer aşağıdaki durumlar 3 haftadan uzun süredir devam ediyorsa, bir uyku uzmanına veya doktora başvurulması önerilir;

- Geceleri uykuya dalmakta zorluk çekiliyorsa,
- Sık sık uyanılıp ve tekrar uyunamıyorsa,
- Sabahları dinlenmemiş hissediliyorsa,
- Gün içinde aşırı uykulu hissediliyor veya odaklanmakta zorlanılıyorsa,
- Horlama, nefes kesilmesi (uyku apnesi), huzursuz bacak sendromu gibi belirtiler yaşanılıyorsa.

B. Unutkanlık

Yaşlanmaya bağlı zihinsel olarak neler beklenir?

Yaş ilerledikçe beynin bilgi işleme hızı yavaşlayabilir. Aşağıdaki durumlar genellikle normal yaşlanmanın bir parçasıdır ve ciddi bir sorun oluşturmaz, günlük yaşamı ciddi şekilde etkilemez ve çoğu zaman fark edilmeden yaşanabilir:

- Yeni bilgileri öğrenirken biraz daha fazla zamana ihtiyaç duyma
- Bazen kelimeleri hatırlamakta zorlanma ama daha sonra hatırlayabilme
- Nadiren eşyaları yanlış yere koyma ve kısa süre içinde hatırlama

Yaşlılarda Unutkanlık Beklenir mi?

Unutkanlık, yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu olarak görülmemelidir. Sağlıklı yaşlanma sürecinde belirgin bir bilişsel kayıp beklenmez. Eğer unutkanlık fark ediliyorsa, bunun nedenlerini araştırmak önemlidir. İlk olarak, geçici ve tedavi edilebilir nedenler dışlanmalıdır. Şu faktörler geçici unutkanlığa neden olabilir:

- Uyku düzensizliği veya yetersiz uyku
- Depresyon veya stres
- Bazı ilaçların yan etkileri
- Vitamin eksiklikleri (özellikle B12 ve D vitamini eksikliği)
- Tiroid hastalıkları veya kan şekeri düzensizlikleri
- Yetersiz sıvı alımı (dehidrasyon)

Yaşlı bireylerin unutkanlıkları, yukarıda belirtilen geçici ve tedavi edilebilir nedenlerle ilişkilendirilebilir. Bu nedenler belirlenip tedavi edildiğinde unutkanlık düzeltilebilir. Bunlar dışlandıktan sonra, unutkanlık önemli bir sağlık sorununun belirtisi olabilir.

Unutkanlık Ne Zaman Ciddi Bir Sorun Olabilir?

Eğer unutkanlık sıklaşmış ve kişinin günlük yaşamını giderek daha fazla etkiliyorsa, dikkat edilmesi gerekir. Ancak burada önemli bir nokta, her yaşlının tüm işlerini bağımsız olarak yürütmek zorunda olmadığıdır. Bu nedenle, özellikle destek alan yaşlılarda şu belirtilere dikkat edilmelidir:

- Önceden kolayca yapabildiği işleri yapmakta zorlanması (örneğin, yemek yapmayı veya telefon kullanmayı unutmak)
- Sık sık aynı soruları sorması veya aynı konuları tekrar tekrar anlatması
- Randevularını veya günlük planlarını unutması
- Ev içinde bile yönünü kaybetmesi veya hangi gün olduğunu karıştırması
- Konuşurken kelimeleri bulmakta zorlanması veya konuşmanın ortasında konuyu unutması
- Ruh halinde belirgin değişiklikler (ani sinirlilik, ilgisizlik veya içine kapanma) olması
- Eşyaları yanlış yerlere koyup bulamaması ve bunları başkalarının aldığı düşünmesi

Unutkanlık değerlendirilirken yaşlı birey yaşlılarıyla değil kendi geçmiş performansı ile kıyaslanmalıdır. Örneğin, hayatı boyunca dikkatli ve organize bir kişi olan birinin randevularını sık sık unutmaya başlaması veya finansal işlerini yönetmede zorlanması önemli bir değişikliktir. Ancak, zaten dağınık veya unutkan biri için bu tür durumlar belirgin bir farklılık yaratmayabilir. Bu nedenle, yaşlı bireyin geçmişteki bilişsel işlevlerine göre bir değişiklik olup olmadığına odaklanmak unutkanlığın ciddiyetini anlamada kritik bir yaklaşımdır.

Diğer önemli bir nokta da sürekli rutin işlerini yapan yaşlıda unutkanlığın gözden kaçma olasılığıdır. Yani bildiği yemekleri yapan, bildiği market alışverişini yapan, bildiği duaları okuyan yaşlıda unutkanlık fark edildiğinde geç kalınmış olabilir. Bu nedenle yaşlı bireylerden ara ara rutin yaptıklarının dışında şeyler yapmaları istenmeli ve yeni bir şey öğrenip uygulamada/yapmada sorun olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Sıklıkla sorun olan durumlardan biri de yaşlının yakınlarının “benden iyi hatırlıyor” “tüm geçmişi hatırlıyor” diye düşünmeleridir. Yaşlının geçmişi hatırlıyor ve bahsediyor olması sanılanın aksine iyi bir hafızayı göstermiyor olabilir, hatta yaşlı yeni şeyler öğrenmediği için eski bilgileri kullanıyor olabilir. Bu yüzden yaşlı ile iletişimde yeni şeyler öğrenebiliyor olmaları önemlidir. Yakın dönem haberleri, yeni ezberledikleri şarkılar ve duaları, bildiği adreslere farklı yollardan gidebilmeleri ve sorulan sorulara genel geçer çevresel yanıtlar vermemeleri önemlidir. Çevresel genel geçer yanıt olarak; yemek programı izleyen birinin programda yemek yapıldığını söylemesi örnek verilebilir. Burada beklenen, kişinin yemek programının hangi gün hangi kanalda yayınlandığı ve ne yemek yapıldığı gibi ayrıntıları tarifliyor olabilmesidir.

Bir diğer durum da fiziksel olarak engel bir durumu olmayan kadın ve erkek yaşlılar için bir şey sorulduğunda ‘annem veya babam hiç o işi (alışveriş, yemek, fatura takibi vs) yapmadı ki’ yanıtının verilmesidir. Yaşlının bunu hiç yapmadıysa bile mecbur kalması durumunda yapabilir mi? sorusuna evet cevabı verilemiyorsa veya bu yaşlı tek başına 1 yıl bir evi destek olmadan çevirebilir mi yani evin idari-mali tüm işlerini yapabilir mi? sorusuna yanıt evet değilse yaşlının değerlendirilmesi önerilir.

Sonuç:

Unutkanlık her zaman ciddi bir hastalık belirtisi olmayabilir, ancak yaşlı bireylerin günlük yaşamlarını nasıl sürdürdükleri ve unutkanlığın onları ne ölçüde etkilediği iyi değerlendirilmelidir. Unutkanlık, yaşlanma sürecinin doğal bir parçası olarak görülebilir ancak bazı durumlar ciddi sağlık sorunlarına işaret edebilir. Bu nedenle, yakınlarının ve bakım verenlerin bilinçli olması, düzenli doktor kontrollerinin aksatılmaması büyük önem taşır. Eğer kişi kendisinde veya yakınında belirgin unutkanlık belirtileri fark ediyorsa, bu durum bir nöroloji veya geriatri uzmanına danışılmalıdır.

Unutkanlığı Önlemek İçin Neler Yapılabilir?

Unutkanlık riskini azaltmak için aşağıdaki öneriler dikkate alınabilir:

1. **Beslenme:** Omega-3 açısından zengin gıdalar tüketmek, B12 vitamini eksikliğine karşı düzenli kontroller yaptırmak, aşırı şeker ve işlenmiş gıda tüketiminden kaçınmak.
2. **Fiziksel ve Zihinsel Aktivite:** Her gün hafif egzersiz yapmak, kitap okumak, bulmaca çözmek gibi zihni çalıştıran aktivitelerle uğraşmak.
3. **Sosyal İlişkiler:** Aile ve arkadaşlarla düzenli vakit geçirmek, yeni aktiviteler denemek, sosyal etkinliklere katılmak.
4. **Uyku ve Rutin Düzeni:** Düzenli uyku alışkanlıkları edinmek, ekran süresini azaltmak.

Ne zaman doktora başvurulmalıdır?

- ✓ 3 haftadan uzun süredir günlük hayatı etkileyen unutkanlık yaşıyorsa
- ✓ Günlük işlerde belirgin şekilde daha fazla yardım ihtiyacı varsa
- ✓ Kişi, evinin veya mahallesinin yolunu karıştırmaya başladıysa
- ✓ Konuşma, karar verme veya problem çözme yetisinde belirgin değişiklikler varsa
- ✓ Kişilik ve ruh hali değişimleri fark ediliyorsa

Özellikle destek alan yaşlı bireylerde, çevresindekilerin gözlemi bu belirtilerin erken fark edilmesi için çok önemlidir.

C. Demans İçin Öneriler

Hastalar İçin Genel Öneriler

1. **Rutin Oluşturma;** Demans hastaları, özellikle günlük yaşamda belirsizliği azaltmak için düzenli bir rutine ihtiyaç duyarlar. Sabah, öğle, akşam aktivitelerinin belirli zamanlarda yapılması, hastanın yön bulma ve hatırlama becerilerini iyileştirebilir.
2. **Zihinsel Uyarım;** Zihinsel faaliyetler, hafıza kaybını engellemeye veya yavaşlatmaya yardımcı olabilir. Kitap okumak, bulmaca çözmek veya hafızayı güçlendiren oyunlar oynamak, demans hastalarının beyin fonksiyonlarını destekleyebilir.
3. **Fiziksel Aktivite;** Düzenli fiziksel egzersiz, demans hastalarının genel sağlıklarını iyileştirir ve bilişsel işlevlerinde belirli bir iyileşme sağlayabilir. Yürüyüşler ve hafif egzersizler, beyin sağlığını destekler.
4. **Sosyal Bağlantılar;** Sosyal etkileşimler, demans hastalarının ruhsal durumlarını iyileştirebilir ve yalnızlık hissini azaltabilir. Aile bireyleri veya arkadaşlarla vakit geçirmek, hastaların moral ve motivasyonlarını artırır.
5. **Beslenme;** Sağlıklı bir beslenme düzeni, beyin fonksiyonlarını destekler. Omega-3 yağ asitleri, antioksidanlar ve B vitaminleri açısından zengin bir diyet, demans hastalarının beyin sağlığına olumlu etki edebilir.

- 6. Uykunun Düzenlenmesi;** Düzenli uyku, hafıza ve diğer bilişsel işlevler için önemlidir. Yeterli ve kaliteli uyku, demans hastalarının bilişsel işlevlerini iyileştirebilir.
- 7. Tıbbi Takip ve İlaç Yönetimi;** Düzenli tıbbi takip, demans hastalarının tedavi sürecinde önemli bir rol oynar. İlaçların düzenli kullanımı, hastalığın ilerlemesini yavaşlatabilir.

Demans Hastalarının Bakımını Üstlenen Yakınlar İçin Genel Öneriler

- 1. Sabırlı Olma ve Empati Gösterme;** Demans hastaları, bilişsel işlevlerindeki zayıflamalar nedeniyle sık sık tekrarlar yapabilir veya yönlerini kaybedebilirler. Sabırlı olmak ve hastaların hislerini anlamaya çalışmak, bakım sürecini kolaylaştırır.
- 2. Güvenli Bir Çevre Sağlama;** Demans hastalarının güvenliği için evde düzenlemeler yapılmalıdır. Düşme riski azaltılmalı, evdeki eşyalar düzenli olmalı ve belirli güvenlik önlemleri alınmalıdır.
- 3. Hastanın Bağımsızlığını Destekleme;** Hastanın yapabileceği şeylerde bağımsızlık göstermesi, özsaygısını artırabilir. Mümkünse hastaya yapabileceği işler verilmeli, ancak zorlanmaması için gerektiğinde yardım edilmelidir.
- 4. Duygusal Destek ve Sosyal Bağlantılar Kurma;** Bakım verenler için destek grupları veya aile içi iletişim oldukça önemlidir. Bakıcıların yalnızlık hissetmemesi ve başkalarından destek alması gerekmektedir.
- 5. Bireysel İhtiyaçları Anlama ve İletişim;** İletişim becerileri, demans hastalarının bakımında büyük bir rol oynar. Basit ve net ifadeler kullanmak, hastanın anlamasını kolaylaştırır.

Sonuç: Demans hastaları için yaşam kalitesini artırmaya yönelik stratejiler ve bakım verenler için öneriler, hastaların ve onların bakımını üstlenen kişilerin daha sağlıklı bir yaşam sürmelerine yardımcı olabilir. Bu öneriler, bilimsel çalışmalara ve literatüre dayanmaktadır ve hastaların bilişsel sağlıklarını desteklemek için etkili yollar sunmaktadır. Yakınlarının desteği ve bilinçli yaklaşımları, demans hastalarının yaşam kalitesini iyileştirmede büyük bir rol oynar.

Demans Hastalarında Uzun Dönemde Yaşanabilecek Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Hafıza Kaybı ve Yön Bulmada Zorluk

Demans hastaları, özellikle hastalığın ileri safhalarında, geçmişini hatırlamakta ve gündelik işleri yerine getirmekte zorlanabilirler. Zamanla, gündelik yaşamda neler yapılacağına dair belirsizlik artar, hastalar kendilerini kaybolmuş hissedebilirler. Bu konuda şunlar yapılabilir;

- 1. Rutin Oluşturma:** Gündelik işler için belirli bir plan ve zaman çizelgesi oluşturulması, hastaların güvenliğini ve bağımsızlıklarını artırabilir. Örneğin, yemek saatleri, ilaç alma zamanları ve uyku düzeni netleştirilebilir.
- 2. Fiziksel Çevre Düzenlemeleri:** Evdeki eşyaların düzenli bir şekilde yerleştirilmesi ve yön bulmayı kolaylaştıracak işaretler veya etiketler kullanılması hastaların kaybolmasını engelleyebilir.

İletişim Zorlukları

Demans hastaları, zamanla konuşma ve iletişimde zorluklar yaşamaya başlayabilirler. Bu, hastaların düşüncelerini ifade etmelerini ve başkalarına ne istediklerini anlatmalarını engelleyebilir. Bu konuda şunlar yapılabilir;

- 1. Basit ve Net İfadeler Kullanma:** Yavaş ve net konuşmak, kısa cümlelerle anlatım yapmak hastanın anlamasını kolaylaştırabilir.
- 2. Alternatif İletişim Yöntemleri:** İşaretler, resimler veya yazılı notlar kullanarak iletişimi sürdürmek de faydalı olabilir.
- 3. Sabırlı Olma:** Hastanın yanıtını alana kadar sabırla beklemek ve sürekli olarak tekrar sorular sormaktan kaçınmak önemlidir.

Davranışsal Değişiklikler ve Ruhsal Durum

Demans hastalarında, hastalığın ilerlemesiyle birlikte depresyon, anksiyete, sinirlilik veya huzursuzluk gibi ruhsal değişiklikler görülebilir. Bu davranışsal değişiklikler, hasta ve bakım verenler için stresli olabilir. Bu konuda şunlar yapılabilir;

- 1. Duygusal Destek Sağlamak:** Aile üyeleri veya bakım verenlerin empatiyle yaklaşması ve sakin kalması, hastanın ruhsal durumunu iyileştirebilir.
- 2. Fiziksel Aktivite:** Günlük hafif egzersizler yapmak, stres ve kaygıyı azaltabilir. Ayrıca, egzersiz beyin sağlığına da olumlu etki eder.
- 3. Sosyal Etkileşim:** Hastaların yalnızlık hissetmemesi için düzenli sosyal etkileşimlerde bulunmalarını sağlamak önemlidir.

Fiziksel Sağlık Sorunları

Demans hastalarının fiziksel sağlıkları da zamanla etkilenebilir. Örneğin, motor becerilerde azalma, kas güçsüzlüğü veya denge sorunları yaşanabilir. Bu durumlar düşme riskini artırabilir. Bu konuda şunlar yapılabilir;

- 1. Düşme Riskini Azaltma:** Evde kaygan zeminleri ortadan kaldırmak, hasta için destekleyici bir yürüteç veya baston kullanmak, düşmeleri önlemeye yardımcı olabilir.
- 2. Düzenli Egzersiz:** Yavaş yürüyüşler veya germe egzersizleri, kas gücünü ve dengeyi artırabilir.
- 3. Sağlıklı Beslenme:** Düzenli ve dengeli bir diyet, fiziksel sağlık üzerinde olumlu etkiler yapabilir ve bağışıklık sistemini güçlendirebilir.

Bağımsızlık Kaybı ve Günlük İşlerde Yardım İhtiyacı

Demans hastaları, zamanla kendi başlarına yemek hazırlamak, kıyafetlerini seçmek veya kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılamak gibi basit günlük işlerde zorlanabilirler. Bu konuda şunlar yapılabilir;

- 1. Basitleştirilmiş İşyeri Düzenlemeleri:** Günlük işlerde yardımcı olabilecek araçlar sağlanabilir. Örneğin, etiketlenmiş kutular, renkli etiketler veya hatırlatıcılar hastaların işleri daha kolay yapmalarını sağlar.
- 2. Bireysel Bağımsızlığı Destekleme:** Yardımcı araçlar ve açık yönlendirmelerle, hastaların hala belirli görevlerde bağımsız kalmalarını teşvik etmek önemlidir.

Demans Hastalarında Gece Uykusuzluğu

Demans hastalarında gece uykusuzluğu sık görülen bir sorundur. Hastalar, gece boyunca sık sık uyanabilir ve bu durum, bakım verenin de uyku düzenini bozabilir. Bu konuda şunlar yapılabilir;

- 1. Düzenli Uyku Rutinleri:** Aynı saatte yatmak ve kalkmak, hastaların biyolojik saatlerini düzene sokabilir.
- 2. Sakinleştirici Çevre Sağlama:** Gece ışıklarının kapatılması, odanın sessiz olmasına özen gösterilmesi, hastaların daha rahat uyumasına yardımcı olabilir.
- 3. Fiziksel Aktivite:** Gün içinde yapılan egzersizler, gece uykusunun kalitesini artırabilir.

Sonuç

Demans hastalarının yaşam kalitesini artırmak ve uzun dönemde karşılaşılan sorunları minimize etmek için erken teşhis, doğru tedavi ve bakım stratejilerinin hayata geçirilmesi önemlidir. Hastaların ve yakınlarının birlikte çalışarak, önerilen çözümleri hayatlarına entegre etmeleri, hastaların daha sağlıklı bir yaşam sürmelerine yardımcı olabilir.

D. Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık

Sosyal İzolasyon Nedir?

Sosyal izolasyon, bir kişinin yalnız kalması ve kimseyle pek konuşmaması demektir. Burada, etraf kalabalık olsa bile kişi yalnız hissedebilir. Yalnızlık ve sosyal izolasyon birbirine yakın ama farklı kavramlardır. Sosyal izolasyon, insanların başkalarıyla etkileşimde bulunmaması, yalnızlık ise bu durumu bir kişi duygusal olarak hissetmesidir.

Sosyal İzolasyona Neden Olan Riskler

Yaşlıların sosyal izolasyona girmesinin birkaç sebebi olabilir. İşte bunlardan bazıları:

- **Sağlık Sorunları:** Kronik hastalıklar veya ağrılar, dışarı çıkmayı zorlaştırabilir.
- **Duyuma ve Görme Zorlukları:** İşitme veya görme kayıpları, insanlarla iletişimi zorlaştırabilir.
- **Aile ve Arkadaş Eksikliği:** Yakınlarıyla görüşemeyen yaşlılar, yalnızlık hissi yaşayabilir.
- **Maddi Zorluklar:** Yetersiz parası olan yaşlılar, sosyal etkinliklere katılmakta zorluk yaşayabilir.
- **Yakın Kaybı:** Birini kaybetmek, kişiyi yalnız bırakabilir.
- **Ruhsal Sorunlar:** Depresyon gibi durumlar da sosyal hayattan uzaklaşmaya yol açabilir.

Sosyal İzolasyonun Zararları

Sosyal izolasyonun yaşlılar üzerinde birçok olumsuz etkisi olabilir:

- **Depresyon ve Kaygı:** Yalnızlık hissi depresyona neden olabilir.
- **Fiziksel Sağlık Sorunları:** Hareket etmeyen yaşlılar, kas güçsüzlüğü veya düşme riskiyle karşılaşabilirler.
- **Hafıza Sorunları:** Sosyal etkileşim eksikliği, hafıza kaybına yol açabilir.
- **Bağımsızlık Kaybı:** Yalnız kalan bir kişi, günlük işlerini yapmada zorlanabilir.
- **Sağlık Hizmetlerine Erişim:** Sosyal desteği olmayan bir yaşlı, sağlık sorunlarıyla baş etmekte zorlanabilir.

Sosyal İzolasyonu Önlemek İçin Neler Yapılabilir?

Yaşlıların yalnız kalmalarını önlemek için bazı basit adımlar atılabilir:

1. **Aile ve Arkadaşlarla İletişim:** Yaşlıların düzenli olarak aileleriyle telefonla veya yüz yüze görüşmesi sağlanabilir.

2. **Sosyal Etkinliklere Katılmak:** Yaşlıların tiyatro, sinema gibi etkinliklere katılmaları teşvik edilebilir.
3. **Ulaşım Kolaylığı:** Yaşlıların dışarı çıkmalarını kolaylaştıracak ulaşım olanakları sağlanmalıdır.
4. **Teknolojiyi Kullanmayı Öğretmek:** Yaşlılar, internet üzerinden aileleriyle konuşarak bağlantıda kalabilirler.
5. **Fiziksel ve Zihinsel Aktivite:** Düzenli yürüyüşler veya bulmaca çözme gibi aktiviteler önerilebilir.
6. **Günlük Rutinler Oluşturmak:** Aynı saatte yemek yemek, uyumak gibi rutinler sağlanmalıdır.
7. **Destek Ağı Kurmak:** Yaşlılar için komşular ve yakın çevre destek sunabilir.
8. **Sosyal Destek Programları:** Yaşlılar için yerel topluluklardan, sosyal hizmetlerden yararlanılabilir.

Sonuç; sosyal izolasyon, yaşlıların sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Ancak, aile ve arkadaşların desteğiyle bu durum engellenebilir. Sosyal bağlantılar, sağlıklı bir yaşlanma için çok önemlidir ve destekle, yaşlıların yalnızlık hissi azalabilir.

E. Kırılgan Bireyler için Öneriler

Kırılgan bireylerde beslenme önerileri

1. Kırılgan bireylerde beslenmenin amacı; vücudu güçlendirmek, bağışıklığı artırmak ve kas kaybını önlemektir. Bu açıdan kırılgan bireylerde şu şekilde beslenme önerilerinde bulunulabilir;
2. Kasları korumak için daha fazla protein tüketilmelidir;
 - Günde kilo başına 1,2–1,5 gram protein. Örneğin, 60 kg bir kişi için 72–90 gram protein yeterlidir (Hayvansal proteinler: Yumurta, süt, yoğurt, tavuk, balık, kırmızı et; Bitkisel proteinler: Mercimek, nohut, fasulye, fındık)

Örnek mesaj; Günlük yemeklerinize mutlaka protein ekleyin (yoğurt, yumurta, mercimek gibi).

3. Küçük ama sık öğünler tüketilmelidir;
 - İştahı düşük olan bireyler için büyük porsiyonlar yerine küçük ve sık öğünler daha kolay tüketilir.
 - Öğünlerde protein, sebze ve tam tahıllar bir araya getirilmelidir. Örneğin: Kahvaltıda yumurta ve tam buğday ekmeği, öğle yemeğinde mercimek çorbası ve sebze.
4. D vitamini kas gücü ve kemik sağlığı için önemlidir. Süt, balık (somon, sardalya), yumurta sarısı D vitamini kaynaklarına örnek verilebilir. Ayrıca güneşten faydalanılmalı ve gerekirse doktor tavsiyesiyle takviye alınmalıdır.

5. Kilo kaybı varsa durdurulmalıdır; kilo kaybı ciddi bir sorundur. Böyle bir durumda beslenme düzenine kalorisi yüksek ama sağlıklı yiyecekler eklenmelidir (Örneğin: Ceviz, badem, avokado, zeytinyağı, tam yağlı süt ürünleri).

Örnek mesaj: Enerji düşüklüğü için kalorisi yüksek olan sağlıklı atıştırmalıklar tüketin (ör. ceviz, badem).

Kırılgan bireylerde egzersiz önerileri

Egzersiz, kırılgan bireylerin kas gücünü ve dengesini artırmak için çok önemlidir. Başlangıçta hafif hareketlerle başlanıp yavaşça yoğunluk artırılmalıdır.

1. Direnç Egzersizleri (kas gücü için) olarak haftada 2-3 kez şunlar yapılabilir;
 - Ellere küçük su şişeleri alarak kol kasları çalıştırılır.
 - Sandalyeye oturup kalkma hareketi günde 10 kez tekrarlanır.
 - Eğer varsa, direnç lastikleri kullanarak bacak ve kol kasları çalıştırılır.
2. Denge Egzersizleri (Düşmeleri Önlemek İçin)
 - Tek ayak üzerinde 10 saniye durmaya çalışılır (bu esnada düşme riskine karşı destek alınır).
 - Yavaşça öne, arkaya ve yanlara eğilme egzersizleri yapılır.
3. Dayanıklılık Egzersizi; hafif yürüyüş veya günlük hareketler
 - Tempolu yürüyüş yapılabiliyorsa, günde 20-30 dakika yürüyüş yapılır.
 - Dışarı çıkılamıyorsa da, ev içinde kısa mesafelerde yürüyüş yapılabilir.
4. Aerobik Egzersizler (Enerji ve Dayanıklılık İçin)
 - Hafif tempolu dans, bisiklet veya yüzme gibi aktiviteler yapılabilir.

Örnek mesajlar;

- *Egzersizlere hafif başlayın ve bir fizyoterapistten destek almayı düşünün.*
- *Hareket etmekten korkmayın! Küçük adımlarla başlamak bile fark yaratır.*

F. Beslenme Yetersizliği (Malnutrisyon) Riski veya Beslenme Yetersizliği Bulunan Bireylerde Öneriler

Beslenme yetersizliği bulunan bireylerde şu tavsiyelerde bulunulabilir;

- Bir gün içinde tüm besin gruplarından tüketmeye çalışılmalıdır;
- Süt ve süt ürünleri,
- Et, balık, yumurta, baklagiller,
- Sebze ve meyveler
- Ekmek ve diğer tahıl ürünleri

1. Bu besin grupları kişinin ağız tadına ve genel alışkanlıklarına göre çeşnilendirilebilir.
2. Şeker ve tuz kısıtlanması gereken ek bir hastalık mevcut olsa dahi bu konuda esnek olunabilir.
3. Bitkisel yağlar ve özellikle zeytinyağı tercih edilmelidir.
4. Kişinin yalnız yemek yememesi, mümkün olduğunca eşlik edilmesi, renkli tabaklar kullanılması, aynı saatlerde yemek yenilmesi ve fonda kişinin sevebileceği müzikler eklenmesi yeme miktarını artırmaya yardımcı olabilir.
5. Doktor tarafından aksi önerilmedikçe yeterli miktarda su (günlük en az 1,5-2 litre) tüketilmelidir.
6. Yeterli beslenmeme belirtileri (Halsizlik, kuvvet kaybı, iştahsızlık, kilo kaybı, ishal/kabızlık, dış problemleri, çiğneme ve yutma sorunları) varsa doktora başvurulmalıdır.
7. Beslenmeye ilaveten fiziksel aktiviteye de önem verilmelidir. Günün çoğunu oturarak veya yatarak geçirmenin kas kaybına neden olabileceği unutulmamalıdır.
8. Bazı hastalıklar (Kalp damar hastalıkları, yüksek tansiyon, şeker hastalığı, yüksek kolesterol, mide-bağırsak hastalıkları, kabızlık, alzheimer, beyin damar tıkanıklığı, çiğneme-yutma problemi, karaciğer veya böbrek yetersizliği, gut hastalığı vb.) özel diyet gerektirdiğinden bu hastaların diyet planlaması için hekime veya diyetisyene başvurması gerektiği unutulmamalıdır.

G. Düşmenin Önlenmesi İçin Öneriler

1. Banyo ve mutfak gibi kaygan yüzeylerde kaymaz paspaslar kullanılmalıdır.
2. Duş ve küvette kaymaz yüzeyler veya bantlar kullanılmalıdır.
3. Halılar zemine sabitlenmeli veya kaymayı önleyen altlıklarla desteklenmelidir.
4. Evde yeterli aydınlatma sağlanmalı, gece lambaları kullanılmalıdır.
5. Merdivenler ve koridorlar iyi aydınlatılmış olmalıdır.
6. Merdivenlere korkuluklar eklenmeli, basamaklar kaymaz malzeme ile kaplanmalıdır.
7. Mobilyalar dayanıklı ve sabit olmalıdır. Koltuk ve sandalyelerin oturma yüksekliği, yaşlı bireyin kolayca kalkabileceği şekilde olmalıdır.
8. Mobilyalarda sivri köşeler varsa koruyucularla kaplanmalıdır.
9. Banyo ve tuvalette tutunacak destek barlar monte edilmelidir.
10. Banyo sonrası ıslak zeminler hemen kurulanmalıdır.
11. Sık kullanılan eşyalar kolayca ulaşılabilir bir yerde tutulmalıdır.
12. Acil durum hazırlığı her zaman yapılmalıdır;
 - Telefon veya acil durum çağrı cihazları yaşlı bireyin kolayca ulaşabileceği bir yerde tutulmalıdır.
 - Düşme veya diğer acil durumlar için yakın bir aile üyesi veya komşunun iletişim bilgileri ulaşılabilir olmalıdır.

Bunlara ilaveten şunlar yapılabilir;

- Yaşlı bireyler için kullanılabilir, kolay erişim sağlayan akıllı ev sistemleri veya hareket sensörlü ışıklar kullanılabilir.
- Yaşlı bireylerin kolayca oturup kalkabilmesi için yükseltilmiş klozet oturağı kullanılabilir.
- Duş sırasında oturarak yıkanmayı sağlayan bir sandalye kullanılabilir.

H. Basınç Yaralanması için Öneriler

Basınç Yaralanmalarını Önleme Önerileri

1. Hastanın pozisyonu her 2 saatte bir değiştirilmelidir. Sandalyede oturuyorsa her 15-30 dakikada bir hareket etmesi sağlanmalıdır.
2. Basıncı eşit dağıtan havalı yataklar, jel minderler veya köpük destekler kullanılmalıdır.
3. Cilt düzenli olarak temizlenmeli ve nemlendirilmelidir.
4. Cildi tahriş edebilecek idrar ve dışkı gibi maddelere karşı bariyer kremleri kullanılmalıdır.
5. Çarşaf lar düz ve kırıksız olmalı, cildi tahriş etmeyecek şekilde yerleştirilmelidir.
6. Yüksek protein, çinko ve C vitamini içeren gıdalar tüketilmelidir.
7. Yeterli miktarda su içerek cilt elastikiyeti korunmalıdır.
8. Fiziksel aktivite teşvik edilmeli, hareket kısıtlılığı olan bireylerde pasif egzersizler uygulanmalıdır.
9. Kemik çıkıntıları (kalça, topuk, dirsek) yumuşak pedlerle korunmalıdır.
10. Riskli bölgeler düzenli olarak kızarıklık veya tahriş açısından kontrol edilmelidir.

Basınç Yaralanmalarında Müdahale Önerileri

1. Basınç yaralanmasının evresi (1-4) tespit edilmeli ve uygun bir tedavi planı oluşturulmalıdır.
2. Yaralar steril serum fizyolojik ile temizlenmelidir.
3. Antiseptiklerin kullanımı doktor önerisine göre yapılmalıdır.
4. Uygun pansuman kullanılmalıdır. Bu anlamda; nem dengeleyici olan Hidrojel, hidrofilik köpük veya alginat pansumanlar kullanılabilir.
5. Kızarıklık, şişlik, sıcaklık artışı ve kötü kokulu akıntı varsa enfeksiyon tedavisi için hekime başvurulmalıdır.
6. Yarada enfeksiyon belirtileri varsa, doktor önerisiyle sistemik veya topikal antibiyotikler kullanılabilir.
7. Yaralı bölge üzerindeki basınç tamamen ortadan kaldırılmalı, hastanın pozisyonu sık sık değiştirilmelidir.
8. Kas ve cilt sağlığını desteklemek için fizyoterapist rehberliğinde egzersizler uygulanabilir.
9. Evre 3 ve 4 bası yaralarında veya üzeri nekrotik olan veya derinliği tahmin edilemeyen yaralarda cerrahi müdahale için ileri değerlendirme gerekebilir.

10. Bası yarası yönetiminin doktor, hemşire, diyetisyen ve fizyoterapistin birlikte çalışmasını gerektireceği unutulmamalıdır.

İ. Sarkopeni Riski Olan Bireylerde Öneriler

Beslenme Önerileri

1. **Kas kaybını önlemek için yeterli protein almak çok önemlidir.** Bu amaçla günlük olarak; kilogram başına yaklaşık 1.2–1.5 gram protein önerilir. Örneğin 70 kg biri için bu, günde 84–105 gram protein demektir (Hayvansal proteinler: Et, tavuk, balık, yumurta, süt, yoğurt, peynir; Bitkisel proteinler: Nohut, mercimek, fasulye, badem, ceviz).
2. **Kas yapımını destekleyen gıdalar tüketilmelidir;** Süt ürünleri ve yumurta gibi besinlerde bulunan lösin adlı aminoasit kas yapımını hızlandırır. Her öğünde bu tür gıdalardan bulundurulmalıdır.
3. **D vitamini ve kalsiyum ihmal edilmemelidir.** D vitamini eksikliği, kas güçsüzlüğüne neden olabilir. Güneş ışığından faydalanılmalı ve gerekirse takviye alınmalıdır (kan değerlerine göre karar verilmelidir). Ayrıca kalsiyum açısından zengin süt, yoğurt ve yeşil yapraklı sebzeler tüketilmelidir.
4. **Sağlıklı yağlar** (fındık, ceviz, zeytinyağı vb.) ve **tam tahıllar**(bulgur, esmer pirinç, tam buğday ekmeği) beslenme rutinine eklenmelidir.

Egzersiz Önerileri

Egzersiz yapmak, kasları güçlendirmek ve hareket kabiliyetini artırmak için çok önemlidir.

1. **Direnç Egzersizleri** (kas gücü için) olarak haftada 2-3 kez şunlar yapılabilir;
 - Ellere küçük su şişeleri alarak kol kasları çalıştırılır.
 - Sandalyeye oturup kalkma hareketi günde 10 kez tekrarlanır.
 - Eğer varsa, direnç lastikleri kullanarak bacak ve kol kasları çalıştırılır.
2. **Denge ve Düşme Riskini Azaltma Egzersizleri**
 - Tek ayak üzerinde 10 saniye durmaya çalışılır (bu esnada düşme riskine karşı destek alınır).
 - Yoga veya tai chi gibi denge çalışmaları kasları ve duruşu güçlendirir.
3. **Hafif Tempolu Yürüyüş veya Bisiklet (Dayanıklılık İçin)**
 - Haftada 3-5 gün, günde 30 dakika yürüyüş yapılır.
 - Eklemler zorlamayacak bir şekilde hareket edilir (örneğin, evde sabit bir bisiklet de kullanılabilir).
4. **Günlük Hareketleri Kolaylaştıran Egzersizler**
 - Merdiven çıkma pratiği yapılır
 - Düşük bir platforma basıp inilir (kas hafızasını geliştirir).

Önemli Bilgi: Beslenme ve egzersiz planları, herkesin ihtiyaçlarına göre düzenlenmelidir. Kas kaybı ve güçsüzlük için mutlaka bir doktor, diyetisyen veya fizyoterapistten destek alınmalıdır. Bu öneriler hem kas gücünü artırmaya hem de günlük yaşamı kolaylaştırmaya yardımcı olacaktır.

J. Kabızlık Şikâyeti Olan Bireylere Öneriler

- 1. Lif alımı artırılmalı** ve günde 20-35 gram lif tüketimi hedeflenmelidir. Lif açısından zengin yiyecekler; Tam tahıllar (yulaf, kepekli ekmek, kahverengi pirinç), taze meyve ve sebzeler (kuru erik, elma, armut, turunçgiller), baklagiller (mercimek, nohut, fasulye).
- 2. Günlük yeterli su tüketimi** sağlanmalıdır; Yaşlı bireyler genellikle daha az su içer, ancak günlük en az 1.5-2 litre sıvı alımı bağırsakların düzenli çalışmasını destekler.
- 3. Fiziksel aktivite;** Hareketlilik bağırsak sağlığı için önemlidir. Yaşlı bireylerde: günlük yürüyüşler, hafif germe ve esneme egzersizleri önerilir. Ayrıca, fizyoterapist tarafından önerilen uygun egzersiz programları bağırsak hareketlerini artırabilir.
- 4. Düzenli tuvalet alışkanlıkları** edinilmelidir. Bunun için;
 - Belirli saatler belirlenebilir: Sabah kahvaltısından sonra tuvalete gitmeyi alışkanlık haline getirmek faydalı olabilir.
 - Vücut sinyallerine dikkat edilmelidir: Tuvalet ihtiyacını geciktirmemek önemlidir.
- 5. Yaşam tarzı değişiklikleri** de kabızlık üzerinde etkilidir. Bu anlamda;
 - Sabahları kafein içeren bir içecek (kahve veya çay) bağırsakları uyabilir.
 - Stresten kaçınmak ve uyku düzenine dikkat etmek genel bağırsak sağlığını olumlu etkiler.
- 6. Yalnızlık veya depresyon gibi psikososyal faktörler** bağırsak fonksiyonlarını etkileyebilir. Böyle bir durum varsa değerlendirilmeli, gerekirse psikolojik destek sağlanmalıdır.
- 7. Tuvalet erişimini kolaylaştırmak** (örneğin, yüksekliği ayarlanabilir klozet kullanmak) bağırsak hareketlerini rahatlatır.
- 8. Mümkünse alaturka tuvalet** kullanılmalı, mümkün değilse alafranga tuvalete oturulurken ayakların altına bir tabure yerleştirilmelidir.

Hastaya hangi durumlarda sağlık merkezine başvurması gerektiği bilgisi verilmelidir;

- Sorun yeni ortaya çıktıysa (yani normal bağırsak alışkanlıklarında değişiklik varsa),
- Karın ağrısı eşlik ediyorsa,
- Üç haftadan uzun sürüyorsa,
- Şiddetliyse,
- Tuvalet kağıdında kan, kilo kaybı, ateş veya halsizlik gibi başka endişe verici belirtilerle birlikteyse

K. Öz Bakım Önerileri

1. Düzenli Yıkama;

- Yaşlı bireylerin haftada en az 1-2 kez banyo yapması önerilir.
- Cilt hassasiyetini önlemek için banyo yaparken ılık su kullanılmalı, sıcak sudan kaçınılmalıdır.
- Cildi kurutmayacak sabunlar veya yıkama jelleri tercih edilmelidir.

2. El ve Ayak Hijyeni

- El hijyeni enfeksiyonların önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Yemekten önce ve tuvaletten sonra eller sabunla yıkanmalıdır.
- Ayaklar düzenli olarak yıkanmalı, kurutulmalı ve nemlendirici uygulanmalıdır. Mantar enfeksiyonlarına dikkat edilmelidir.

3. İdrar ve Dışkı Kontrolü

- İdrar kaçırma gibi durumlar varsa hijyenik pedler veya iç çamaşırı alternatifleri kullanılabilir.
- Cilt tahrişini önlemek için temizlik sonrası bariyer kremleri uygulanabilir.

4. Cilt Sağlığı ve Bakımı

- **Nemlendirme;** Yaşla birlikte cilt kuruluğu artar. Nemlendiriciler her banyo sonrası veya ihtiyaç duyuldukça uygulanmalıdır. Özellikle gliserin veya üre içeren nemlendiriciler tercih edilebilir.
- **Yatak yarası oluşmasını önleme;** Yatakta uzun süre kalan bireylerde yatak yaralarını önlemek için:
 - İki saatte bir pozisyon değiştirilmeli,
 - Basıncı azaltan özel yataklar veya minderler kullanılmalıdır.
- **Güneşten korunma;** Yaşlı ciltler güneşe karşı hassastır. Açık hava etkinliklerinde güneş koruyucu kullanılmalı veya şapka takılmalıdır.
- **Düzenli gözlem;** Ciltte yeni lekeler, yaralar, kızarıklıklar veya enfeksiyon belirtileri fark edilirse bir doktora başvurulmalıdır.

5. Diş ve Ağız hijyeni için;

- Dişler günde iki kez fırçalanmalı; takma dişler düzenli olarak temizlenmelidir.
- Ağız kuruluğu yaşıyorsa şekersiz sakız veya ağız nemlendirici spreyler kullanılabilir.
- Diş hekimi kontrolleri ihmal edilmemelidir.

L. İnkontinans için Öneriler

Yaşlılarda inkontinans (idrar kaçırma) oldukça yaygın bir durumdur ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Bu durumda yapılabilecekler şunlardır;

1. **Sıvı tüketimini düzenleme:** Gün içinde yeterli su içmek önemlidir, ancak yatmadan önce fazla sıvı tüketmekten kaçınılmalıdır.
2. **Kafein ve alkolü sınırlama:** Çay, kahve ve alkol idrar söktürücü etkisiyle mesaneyi uyarabilir.
3. **Lifli beslenme:** Kabızlık mesaneye baskı yapabilir. Lifli gıdalar (sebze, meyve, tam tahıllar) tüketmek sindirimi destekler.
4. **Tuvalet alışkanlıkları:** Düzenli tuvalete gitmek (örneğin, 2-3 saatte bir) ani idrar hissini azaltabilir.
5. Pelvik taban kaslarını **güçlendiren egzersizler** idrar tutmayı kolaylaştırır.
6. **Tuvalete erişim kolaylığı:** Gece idrar kaçırma riskini azaltmak için yatak odasına yakın ve iyi aydınlatılmış bir tuvalet sağlanmalıdır.
7. **Destekleyici giysiler:** Kolay açılıp kapanan kıyafetler ve gece için emici pedler pratik çözümler sunabilir.
8. **Doktora danışma:** İdrar kaçırma farklı hastalıklardan kaynaklanabilir (diyabet, idrar yolu enfeksiyonu vb.), bu yüzden bu durum tekrarlar veya devam ederse tekrar doktora başvurulması gerektiği hastaya hatırlatılmalıdır.

M. Ağız-Diş Bakımı Öneriler

Yaşlılarda ağız sağlığı genel sağlıkla doğrudan bağlantılıdır ve ağız hijyenine dikkat etmek, beslenme ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir. Bu konuda yapılabilecekler şu şekilde özetlenebilir;

1. Günlük Ağız ve Diş Bakımı

Diş fırçalama: Günde en az iki kez, yumuşak kıllı bir diş fırçası ve florürlü diş macunu ile dişler fırçalanmalıdır.

Diş ipi kullanımı: Plak ve diş taşı oluşumunu önlemek için günde bir kez diş ipi veya ara yüz fırçaları kullanılabilir.

Ağız gargarası: Antiseptik ve alkolsüz ağız gargaraları, ağız hijyenine ek destek sağlayabilir.

2. Protez ve Diş Eksiklikleri İçin Bakım

Protez temizliği: Protezler her gün su ve özel temizleyicilerle temizlenmeli, gece çıkarılarak dinlendirilmelidir.

Diş eksiklikleri için çözüm: Eksik dişler beslenmeyi zorlaştırabilir. İmplant, köprü veya uygun protezler için diş hekimiyle görüşülmelidir.

3. Ağız Kuruluğunu Önleme

Yeterli sıvı alımı: Su tüketimi artırılmalı, ağız kuruluğunu tetikleyen kafein ve alkol azaltılmalıdır.

Şekersiz sakız veya pastil: Tükürük üretimini artırarak ağız kuruluğunu hafifletebilir.

Bazı ilaçların etkisi: Kullanılan ilaçlar ağız kuruluğuna neden oluyorsa, doktorla alternatifler konuşulmalıdır.

4. Beslenmeye Dikkat Edilmesi

Şekerli ve asitli yiyeceklerden kaçınma: Şekerli yiyecek ve içecekler çürük riskini artırır.

Kalsiyum ve D vitamini alımı: Diş ve kemik sağlığı için süt ürünleri, yeşil yapraklı sebzeler ve uygun takviyeler tüketilmelidir.

5. Düzenli Diş Hekimi Kontrolleri

- **6 ayda bir diş hekimine gitmek:** Çürükler, diş eti hastalıkları ve protez uyumunun kontrol edilmesi için düzenli muayene gereklidir.
- **Ağız kanseri taraması:** Yaşla birlikte risk artar, bu nedenle ağız içindeki yaralar veya değişiklikler için diş hekimine danışılmalıdır.

BÖLÜM 9. AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANLARI İÇİN KRONİK HASTALIKLARDA VİTAL BULGULARIN ÖLÇÜLMESİ VE YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

1. Kronik Hastalıklarda Vital Bulguların Ölçülmesi

Kronik hastalık tarama ve izlemlerinin temel amaçları; risk faktörleri ile mücadele edilmesi; erken teşhis, uygun tedavi ve düzenli izlemlerle komplikasyon gelişiminin önlenmesidir.

Yapılacak tarama ve izlemler kanıta dayalı kılavuzlara göre, aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının iş birliğinde ve bütüncül bir bakış açısıyla gerçekleştirilmeli; süreçler, hastanelerle birlikte “uçtan uca yönetim” anlayışıyla yönetilmelidir.

Bu kapsamda; kronik hastalık tarama ya da izlem listesinde yer alan her birey, kılavuzda belirlenen uygun aralıklarla aile hekimliği birimine davet edilmeli ve ilgili kılavuza göre tarama veya izlemleri yapılmalıdır. Değerlendirmeler, bireyin durumu dikkate alınarak evinde veya huzurevinde/bakımevinde de yapılabilir.

Aile sağlığı çalışanlarının kronik hastalıkların tarama ya da izlem süreçlerinde takip etmeleri ve hastalık yönetim platformuna girmeleri gereken vital bulgular ve bu bulguların ölçüm kriterleri aşağıda yer almaktadır.

2. Kan Basıncı Ölçümü

Bireyin, her tarama ya da izlemde 30 saniyeden kısa olmamak koşulu ile nabızı sayılmalı ve akabinde kan basıncı ölçülmelidir.

- Ölçüm, sfigmomanometre/stetoskop veya otomatik elektronik aletle yapılmalıdır.
- Tansiyon aletinin manşon genişliği bireye/hastaya uygun olmalıdır.
- Tansiyon aleti düzenli olarak kalibre edilmedir.
- Mutlaka palpasyonla nabız değerlendirilmeli ve düzensizlik varsa otomatik cihazlarla değil sfigmomanometre ve stetoskop kullanılarak ölçüm yapılmalıdır.
- Bireyin/hastanın, ölçümden yarım saat öncesinde sigara, çay, kahve içmemiş olmasına dikkat edilmelidir.
- Ölçüm öncesinde, birey/hasta oturur durumda en az 5 dakika dinlenmeli ve idrarını yapmış olmalıdır.
- Birey/hasta ölçüm sırasında ayak ayak üzerine atmamalı ve konuşmamalıdır.
- Avuç açık, kol kalp seviyesinde olmak üzere en az iki ölçüm yapılarak (en az 2 dakika ara ile) ortalaması kaydedilmelidir. *İki ölçüm arasında fark varsa, fark kalmayana kadar ek ölçümler alınmalıdır.*
- İki koldan ölçüm yapılmalıdır. İki koldan yapılan kan basıncı ölçümleri arasında fark varsa ölçümler tekrarlanmalı, fark devam ediyorsa sonraki ölçümler yüksek değer alınan koldan yapılmalıdır.

Tablo 1. Erişkinlerde Kan Basıncı Ölçümüne Göre Sınıflandırma

Kategori	Sistolik KB (mmHg)		Diastolik KB (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Artmış	120-139	ve/veya	80-89
Hipertansiyon	≥140	ve/veya	≥90
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	≥160	ve/veya	≥100

Kaynak: Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu-2019

3. Vücut Ağırlığının Ölçülmesi

Vücut ağırlığı, ayakta, yetişkin tartı aleti ile ölçülür.

- Tartı aleti, düzenli olarak kalibre edilmedir.
- Kullanılacak tartı aleti sert ve düz bir zemin üzerine yerleştirilmelidir.
- Ölçüm yapılan yerde yeterli ışık olmasına dikkat edilmelidir.
- Tartı aletinin, her ölçüm öncesi sabit bir ağırlıkla (5 kg ağırlıkta su bidonu) kontrolü yapılmalıdır.
- Her ölçüm öncesi tartının ibresinin “0.0” olmasına dikkat edilmelidir.
- Kalın giysilerin (palto, ceket, kazak vb.), ceplerde bulunan eşyaların (cüzdan, anahtarlık, telefon vb.) ve ayakkabıların çıkartılması sağlanmalıdır.
- Ayakların teraziye yerleştirilmesi ve vücut ağırlığının iki ayağa sabit dağılımı sağlanmalıdır.
- Bireyin terazi üzerinde dik durması ve hareket etmemesi istenmelidir.
- Ölçüm 0,1 kg (100 g) duyarlılıkla yapılmalıdır.

4. Boy Uzunluğunun Ölçülmesi

Boy uzunluğunun ölçümünde stadiometre kullanılır.

- Boy ölçer, her ölçümde sabit bir uzunluk ile kontrol edilmelidir.
- Ayakkabılar ve varsa şapka vb. giysiler çıkarttırılarak ayakta ölçüm yapılmalıdır.
- Ölçüm 0,1 cm (1 mm) duyarlılıkla yapılmalıdır.

Tablo 2. Yetişkinlerde BKİ'ye Göre Değerlendirme

Sınıflama	BKİ (kg/m ²)
Zayıflık	<18,5
Normal	18,5-24,9
Fazla kiloluluk	25-29,9
Aşırı kiloluluk (Obezite)	≥30
Evre 1	30-34,9
Evre 2	35-39,9
Evre 3	≥40

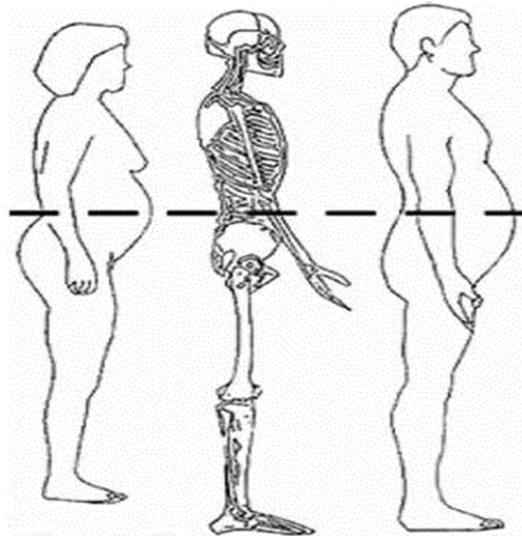
5. Bel Çevresi Ölçümü

Bel çevresi ölçümü, her iki spina iliaka anterior superiordan geçen ve yere paralel olarak tutulan bir mezura yardımıyla yapılır.

- Ölçüm sırasında hasta inspiryum yapmamalı, üzerinde giysi olmamalıdır.
- Mezura, ölçüm yapılan bel etrafında, beli fazlaca sıkmadan tutulmalıdır (Şekil 1).
- Ölçüm sırasında mezura bol tutulmamalı, aşırı baskı uygulanmamalıdır.

Tablo 3. Yetişkinlerde Bel Çevresi Ölçümünün Değerlendirilme

	Kadın (cm)	Erkek (cm)
Fazla kiloluluk	≥80	≥90
Aşırı kiloluluk (Obezite)	≥90	≥100



Şekil 1. Bel çevresi ölçümü

- Aile sağığı çalışanı, kronik hastalıklara ilişkin risk faktörlerinin (sağıksız beslenme, fiziksel inaktivite, tütün/tütün ürünü ve alkol kullanma vb.) belirlenmesi kapsamında, tarama ya da izlemi yapılacak bireyin;
 - ✓ Beslenme durumunu,
 - ✓ Tütün/tütün ürünü kullanım durumunu,
 - ✓ Alkol kullanım durumunu,
 - ✓ Fiziksel aktivite durumunu sorgulamalı ve sisteme kaydetmelidir.

6. Kronik Hastalığı Olan Hastaya Yaklaşım

- Hastaya yeterli süre ayırın
- Hastanın yaşam tarzı ile hastalık arasındaki ilişkiyi anladığından emin olun
- Yaşam boyunca devam etmiş olan alışkanlıkları değıştirmenin zor olabileceğini ve yavaş yavaş ortaya çıkıp devam ettirilen değışikliğin genellikle daha kalıcı olduğunu kabul edin
- Yaşam tarzı değışikliğı yapmayı kabul etmesini sağılayın
- Hastanın değıştirilecek risk faktörlerini belirleme işine katılmasını sağılayın
- Değıştirilecek potansiyel engelleri araştırın
- Davranışlar ve sağık arasındaki ilişkiyi anlamak için bireylere yardım edin
- Davranış değışikliğı konusundaki engelleri değışlendirmede bireylere yardımcı olun
- Yaşam tarzı değışim planı tasarlayın
- Diğeri sağık çalışanlarını sürece katın

ÖNEMLİ NOT: Aile sağığı çalışanı; akut/acil durum veya ciddi risk tespit ettiğı birey/hasta hakkında zaman geçirmeden aile hekimi ile iletişime geçer, gerekli yönlendirmeleri yapar ya da yapılmasını sağılar

ERİŞKİN BİREYLERE VERİLECEK YAŞAM TARZI MÜDAHALE ÖNERİLERİ

Sağlıklı Beslenme	Fizik Aktivite	Tütün/Tütün Mamülleri Bırakma ve Alkol Kullanmama
1- Yağı Azaltın: Toplam yağ tüketimi enerjinin %30'unu geçmemelidir ve bitkisel yağlar tercih edilmelidir. Doymuş yağ alımı alınan kalorilerin %10'undan daha düşük olacak şekilde azaltılmalıdır. Trans yağ asidi alımı ise mümkün olduğunca azaltılmalı veya hiç alınmamalıdır. Az yağlı süt ürünleri kullanılmalı ve yağsız et tüketilmelidir. 2- Tuz alımı azaltılmalı ve yetişkinlerde günde 5 g'ın altında (sodyum alımı günde 2 g'dan az) olmalıdır. 3- Haftada en az 2 kez balığa yer verin. 4-Günde en az 5 porsiyon (en az 400 g/gün) sebze ve meyve tüketilmeli, bunlardan en az 2,5- 4 porsiyonu sebze, 2-3 porsiyonu meyve olmalıdır. 5-Tam tahılları ve ürünlerini tercih edin. 6-Posalı (lifli) gıda tüketiminizi arttırın. Günlük lif 25-30 gr alınmalı; bunun için kepekli ürünler, meyve ve sebzeler tercih edilebilir. 7-Şekerle tatlandırılmış içecekler tüketmeyin. 8-Bel çevrenizi ölçün/ölçtürün. Bel çevresi kadınlarda 80-88 cm, erkeklerde 94-102 cm ise daha fazla kilo alınmamalıdır. Bel çevresi kadında 88 cm, erkekte 102 cm üzerinde ise kilo verilmesi önerilir.	Fiziksel aktiviteyi artırın. 1- Her yaştan sağlıklı yetişkinlere haftada en az 2,5 saati orta şiddette fiziksel aktivite veya aerobik egzersiz yapmalarını önerin. - Fiziksel aktivite/aerobik egzersizler her biri ≥10dk süren ve haftada 4-5 gün boyunca eşit olarak yayılmış, çoklu uygulamalar halinde gerçekleştirilmelidir. - Haftada 2-3 kez direnç egzersizi (şınav, çekme, çömelme, plank vb.) önerin. 2- Öyküsünde akut myokart enfarktüsü, KABG, PKG, kararlı angina pectoris veya kararlı kompanse kronik kalp yetersizliği olan hastalarda kardiyoloji uzmanının bireysel önerisine uygun yoğunlukta aerobik egzersiz yapmalarını önerin. 3- Sedanter hastaları, uygun şekilde egzersiz ile ilgili risk değerlendirmesi yaptıktan sonra, hafif yoğunlukta egzersiz programlarına başlamaları için kuvvetle teşvik edin. 4- Yemek sonrası 2 saat hariç, iklim koşullarına uygun egzersiz (yürüme, yüzme vs.) önerin.	Tütün ve tütün mamülü kullanmayın ve içilen ortamlardan uzak durun. 1- Tütün ve tütün mamülü kan basıncını ve kalp atım hızını arttırır. HDL kolesterol düzeyini düşürür, kanın pıhtılaşma eğilimini arttırır. Ani kalp krizine neden olur. 2- Tütün ve tütün mamülü kullanmayı bırakın. Tütün ve tütün mamülü içicisi olarak tanımlanan tüm hastalara tütün ve tütün mamülü bırakma önerisinde bulunun (Bu kişilerle, herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile bağlantı kurulduğunda tütün ve tütün mamülü bırakma önerisine daha açık olabilmektedir). Ne söyleneceği ve nasıl söyleneceği; öneride bulunan hekime, öneriyi alan kullanıcıya ve önerinin bulunduğu duruma bağlıdır. Hastaya bırakma önerisinde bulunurken, net cümleler kurun, kanıtlardan yararlanarak güçlü mesaj verin. Güçlü ve bireyselleştirilmiş bir şekilde bırakması için aşağıdaki mesajlar gibi mesajlar vererek teşvik edin. - Tütün kullanımı; kalp ve akciğer hastalığını, kalp krizi ve/veya inme riskini artırır. - Tütün kullanımını bırakmak kalbinizi ve sağlığını korumak için yapabileceğiniz en önemli şeydir. - Artık bırakmak zorundasınız vb. 3- Tütün ve tütün mamülü bırakmayı düşünenler için 5A* yaklaşımı, tütün ve tütün mamülü bırakmayanlar için 5R** yaklaşımı uygulanmalıdır. *Ask (öğren) Advise (öner) Assess (ölç) Assist (önderlik) Arrange (örgütüle) ** Relevance (ilişki) Risks (riskler) Rewards (ödülleri) Roadblocks (engeller) Repetition (tekrar) 4- Alkol kullanmayın.

KAYNAKLAR

1. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA) Journal of Hypertension 2023, 41:1874–2071
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37345492/>
2. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. European Heart Journal (2024) 00, 1–107
<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Elevated-Blood-Pressure-and-Hypertension>
3. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019
https://turkhipertansiyon.org/uploads/UserFiles/File/Hipertansiyon_Uzlas%C4%B1-2019.pdf
4. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022, Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031, Ankara 2022
<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/web-uygulamalarimiz/357.html>
5. The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1993;329:977-86. doi:10.1056/NEJM199309303291401.
6. David M. Nathan, for the Diabetes Control and Complications Trial - Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Research Group. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study at 30 Years: Overview. Diabetes Care 2014; 37(1): 9-16. doi:10.2337/dc13-2112.
7. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998; 352(9131): 837-53. doi:10.1016/S0140-6736(98)07019-6.
8. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;359(15):1577-89. doi:10.1056/NEJMoa0806470.
9. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2015. ISBN:978-2-930229-81-2.
10. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. Lancet 2016; 387(10027): 1513-30. doi:10.1016/S0140-6736(16)00618-8.
11. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsidag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yilmaz T, Cakir B, Tuomilehto J; TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol 2013;28(2):169-80. doi: 10.1007/s10654-013-9771-5.
12. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 6th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2013. ISBN:2-930229-85-3.

13. World Health Organization Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycemia: Report of a WHO/IDF Consultation. Geneva, WHO, 2006. ISBN: 92 4 159493 4. ISBN: 978 92 4 1594936.
14. U.K. prospective diabetes study 16. Overview of 6 years' therapy of type II diabetes: a progressive disease. U.K. Prospective Diabetes Study Group. Diabetes 1995; 44(11):1249-58. Erratum in: Diabetes 1996; 45(11):1655).
15. Bansal N. Prediabetes diagnosis and treatment: A review. World J Diabetes 2015; 6(2): 296-303. doi: 10.4239/wjd.v6.i2.296.
16. Spijkerman AM, Dekker JM, Nijpels K, Adriaanse MC, Kostense PJ, Rouwaard D, Stehouwer CD, Bouter LM, Heine RJ. Microvascular complications at time of diagnosis of type 2 diabetes are similar among diabetic patients detected by targeted screening and patients newly diagnosed in general practice: the Hoorn screening Study. Diabetes Care 2003; 26(9):2604-8.
17. World Health Organization, Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation, WHO Publ, Geneva, 1999.
18. WHO. Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy. WHO/ NMH/MND/13.2, Geneva, 2013.
19. American Diabetes Association. 6. Glycemic targets. Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes Care 2021; 44(Suppl. 1):S73-S84. doi: 10.2337/dc21-S006.
20. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee (MacDonald B, MacNeill G, Sherifali D, Berard LD, Gucciardi E). Self-Management Education and Support. 2018 Clinical Practice Guidelines. Can J Diabetes. 42 (2018) S36-S41. doi: 10.1016/j.cjcd.2017.10.030.
21. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu Kılavuz Yazım Komitesi (Salman S, Satman İ, Imamoglu S, Dinccag N, Deyneli O, Sonmez YA ve ark.). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2020. 4. Diyabetli hastalarda glisemik kontrol hedefleri. 12. Baskı, TEMD Yayınları, Ankara, 2020. ISBN: 978-605-4011-38-4. s. 47-54.
22. Kim C, Newton KM, Knopp RH. Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: a systematic review. Diabetes Care 2002; 25(10): 1862-8.
23. International Expert Committee. International Expert Committee Report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. Diabetes Care 32(7): 1327-34, 2009.
24. Satman I, Kalaca S, Salman S, Sengul A, Sargin M, Karsidag K, Dinççağ N, Yılmaz T. Defining a population specific waist circumference in Turkish population. 89th Annual Meeting ENDO 07, June 2-5, 2007, Toronto, Canada.
25. Dinccag N, Satman I, Kalaca S, Omer B, Karsidag K, Yilmaz T, Tutuncu Y, Genc S, Gedik S, Turker F, Canbaz B, Tuomilehto J, and the TURDEP-II Study Group. The prevalence of the metabolic syndrome is comparable using the nation-specific IDF, WHO and NECP-ATP III criteria in Turkey. Poster: A-11- 2544. 47th EASD Annual Meeting, 12-16 Sept 2011, Lisbon, Portugal. Diabetologia 2011; 54(Suppl.1): P2544.
26. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Akalın S, Salman S, Dinççağ N ve Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim

Grubu (Yazım Komitesi). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2015. 7. Baskı, TEMD Yayınları, Bayt Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) Yayınları, Bayt Matbaacılık, Ankara, 2015. ISBN: 978-605-4011-22-3.

27. HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Eng J Med 2008; 358(19): 1991-2002. doi: 10.1056/NEJMoa0707943.
28. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. Diabetes Care 2010; 33(3): 676-82. doi: 10.2337/dc09-1848.
29. ADA. Classification and diagnosis of diabetes. Diabetes Care 2016; 39(Suppl. 1): S13–S22. doi: 10.2337/dc16-S005.
30. Tabák AG, Herder C, Rathmann W, Brunner EJ, Kivimäki M. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. Lancet 2012; 379(9833): 2279-90. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60283-9.
31. Calculators for Health Care Professionals – National Kidney Foundation (www.kidney.org/professionals/KDOQ/gfr_calculator).
32. ADA. Glycemic targets. Diabetes Care 2017; 40(Suppl. 1): S48–S56. doi:10.2337/dc17-S009.
33. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care, 2025, 48, Supplement_1
34. TEMĐ Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu - 2024, <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetesmellitus2024.pdf>, erişim tarihi 24.12.2024.
35. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, European Heart Journal (2021) 42, 32273337
36. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-Prevention-Guidelines>
37. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA) Journal of Hypertension 2023, 41:1874–2071 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37345492/>
38. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019
39. https://turkhipertansiyon.org/uploads/UserFiles/File/Hipertansiyon_Uzlas%C4%B1-2019.pdf
40. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022, Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031, Ankara 2022 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/web-uygulamalarimiz/357.html>
41. Physical activity counseling for older adults ,2024 UpToDate, www.uptodate.com
42. Kauczor HU, Bonomo L, Gaga M, Nackaerts K, Peled N, Prokop M, Remy-Jardin M, von Stackelberg O, Sculier JP; European Society of Radiology (ESR); European Respiratory Society (ERS). ESR/ERS white paper on lung cancer screening. Eur Radiol. 2015

- Sep;25(9):2519-31. doi: 10.1007/s00330-015-3697-0. Epub 2015 May 1. PMID: 25929939; PMCID: PMC4529446.
43. Drug Prescribing for Older Adults, Paula A Rochon, UpToDate2024, Last updated at Apr 01,2024
 44. Katherine T Ward, MD, David B Reuben, MD, Comprehensive Geriatric Assessment, 2024 UpToDate, Last updated at May17,2024
 45. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriatrik değerlendirme. ETD. 2010;49(3):19-30.
 46. Questions and simple tests for general screening assesment of frail older patients, 2024 UpToDate
 47. Özkaya Sağlam, B., & Küçükgülü, Ö. (2021). Yaşlılarda Sarkopeni ve Hemşirelik. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 14(4), 461-470. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.925813>
 48. David B Reuben, MD, Susan D Leonard, MD, Office-based assessment of the older adult, 2024 UpToDate, Last updated at Mar 22,2024
 49. Differential Diagnosis of Memory Loss <https://www.uptodate.com/contents/image?csi=1dfaf8fb-57d1-4f7d-829d-3922b6207dc8&source=contentShare&imageKey=PC%2F51421>
 50. Evaluation of cognitive impairment and dementia <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-cognitive-impairment-and-dementia>
 51. Urinary Incontinence in Adults, Patrick J. Shenot, MSD Manual Professional Version, Revised at September 2023
 52. Urinary Incontinence in Adults <https://www.msmanuals.com/professional/genitourinary-disorders/voiding-disorders/urinary-incontinence-in-adults>
 53. Patient education: Fecal incontinence (Beyond the Basics), Anthony J Lembo, MD, UpToDate2024, Last updated at Feb 21 ,2024
 54. Screening for osteoporosis in Postmenopausal Women and Men , Elaine W Yu, MD, UpToDate2024, Last updated at Jul 03,2024
 55. Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, Lewiecki EM, Tanner B, Randall S, Lindsay R; National Osteoporosis Foundation. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. Osteoporos Int. 2014 Oct;25(10):2359-81. doi: 10.1007/s00198-014-2794-2. Epub 2014 Aug 15. Erratum in: Osteoporos Int. 2015 Jul;26(7):2045-7. doi: 10.1007/s00198-015-3037-x. PMID: 25182228; PMCID: PMC4176573.
 56. Risk Stratification, Assessments and Management for Elderly (<https://worldfallguidelines.com/algorithm>)
 57. Anker SD, Lundy J, Gutiérrez Robledo LM, Bautmans I, Aprahamian I, Schols JMGA, Izquierdo M, Vellas B. International Clinical Practice Guidelines for Sarcopenia (ICFSR): Screening, Diagnosis and Management. J Nutr Health Aging. 2018;22(10):1148-1161. doi: 10.1007/s12603-018-1139-9. PMID: 30498820.
 58. Huffman GB. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. Am Fam Physician. 2002 Feb 15;65(4):640-50. PMID: 11871682.
 59. Age-Friendly PHC Centres Toolkit. Geneva: World Health Organization; 2008. PMID: 26269874.

- 60.** Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, Lewiecki EM, Tanner B, Randall S, Lindsay R; National Osteoporosis Foundation. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. Osteoporos Int. 2014 Oct;25(10):2359-81. doi: 10.1007/s00198-014-2794-2. Epub 2014 Aug 15. Erratum in: Osteoporos Int. 2015 Jul;26(7):2045-7. doi: 10.1007/s00198-015-3037-x. PMID: 25182228; PMCID: PMC4176573.
- 61.** Türkiye Beslenme Rehberi 2022 - ISBN : 978-975-590-867-0



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ