

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde Yaşlılara Yönelik Koruyucu Hekimlik Çalışmaları

Preventive Medicine Studies for the Elderly in the Istanbul Metropolitan Municipality

Selçuk ENGİN*, Nalan ENGİN**

*İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Aile Hekimliği Uzmanı, Şehzadebaşı Tıp Merkezi, İstanbul

**İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı, İstanbul Toplum Temelli Rehabilitasyon Projesi Koordinatörü, İstanbul

Özet

Yaşam beklentisi arttıkça yaşlılar için bireyselleştirilmiş koruyucu yaklaşımlar daha fazla önem kazanmaktadır. Delile dayalı ve maliyetine göre etkin koruyucu girişimlerin planlanabilmesi için, o topluluktaki yaşlı grubu doğru tanımlayacak çalışmalarla işe başlanması zorunludur. Bu amaçla gerek İstanbul Büyükşehir Belediyesi Toplum Temelli Rehabilitasyon projesi kapsamında değerlendirilen, gerekse yaşlı polikliniğine başvuran hastalardan kırılğan yaşlı kriterlerini karşılayanlar değerlendirmeye alınmıştır. Bunun yanında İstanbul'da yaşayan yaşlıların ana sağlık sorunları ve beklentileri ve bunların sosyo ekonomik konularla etkileşimlerini belirlemek için kesitsel bir saha çalışması yapılmıştır. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006;52(Özel Ek A):A32-A35*

Anahtar Kelimeler: Kırılğan yaşlı, koruyucu hekimlik, kesitsel çalışma

Summary

As life expectancy goes up, individualized preventive approaches for the elderly becomes more important. To begin with the studies that defines the involved population correctly is essential for developing evidence based, cost-effective preventive strategies.

To achieve this, sixty years old or older patients who fits the criteria of frail elderly and who have been reached during Community Based Rehabilitation (CBR) applications as well as who have applied to the first line health services of Istanbul Metropolitan Municipality have been evaluated. Besides, a cross-sectional study were conducted to define the major health concerns and expectations as well as their interactions with social & economic issues among elderly who lives in Istanbul. *Turk J Phys Med Rehab 2006;52(Suppl A):A32-A35*

Key Words: Frail elderly, preventive medicine, cross sectional study

Giriş

Ülkemizde ortalama yaşam süresi artmaktadır. Nüfus ve Vatanlık İşleri Müdürlüğü'nün 7.02.2003 tarihli verilerine göre 1990 yıllarındaki istatistiklerle karşılaştırıldığında %24,9'luk nüfus artışı olmasına karşın 85 yaş ve üzeri nüfus beş katına çıkmıştır. Aynı aralıkta 70-74 yaş grubu %182,7 artarken 75-79 yaş grubu %152,2 ve 80-84 yaş grubu %76,7 artmıştır.

5272 sayılı "Belediye Yasası"nda kimsesiz, düşkün ve acelelere belediyelerin sorumluluğunda karşılıksız hizmet götürülmesi yer almaktadır. Yaşlı nüfusa verilecek sağlık hizmetlerinde, koruyucu hekimlik uygulamaları tüm dünyada önemsenmektedir. Yaşlılardan özellikle ciddi sağlık sorunları geliştirmeye aday

olanlar özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerine ulaşımı da oldukça kısıtlı olan riskli yaşlılara ulaşılamadığında, koruyucu önlemler maliyetlerinden çok daha yüksek maliyetler karşımıza çıkmaktadır. İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Başkanlığı bünyesinde yürüttüğümüz "yaşlı polikliniği" uygulaması, riskli olarak tanımlanan yaşlı hastaların koruyucu hekimlik hizmetlerini kapsamaktadır. Bugüne kadar 483 hasta çalışmaya alınmış ve hastaların sosyo-demografik özellikleri, ayrıntılı sistemik ve hastalık sorgusu yanında ayrıntılı fizik muayene ve geriatrik hasta takibi için onaylanmış testleri içeren kapsayıcı geriatrik değerlendirmeleri yapılmıştır. Hastaların durum tespitleri yapıldıktan sonra gereken tetkik ve konsültasyonlar istenmiştir. Birincil koruyucu önlemler tarif edilerek hastalar bu konuda bi-

linçlendirilmiş, gereksiz ilaç kullanımının önlenmesine çalışılmıştır.

Neden yaşlılara özel bir yaklaşım?

Toplumumuzda sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığı ve sağlık bilinci konusunda istenen düzeye ulaşıldığı söylenemez. Bu durumdan da en çok kadın, çocuk ve yaşlılar gibi, özel sağlık sorunlarına sahip olmasına karşın ihmal edilen gruplar etkilenmektedir. Özellikle yaşlılar kendileri de yaşlanmanın doğal sonucu gibi kabul ederek önemli olabilecek sorunlarını ihmal etmektedirler. Depresyon da kendini ihmal etme eğilimini güçlendirmekte, buna bazen yakınlarının hastaya karşı tutumları da katkıda bulunmaktadır. Tıp eğitiminde geriatriğin ayrı bir başlık altında ele alınmaması da primer başvuru hekiminin elinde standart bir algoritm bulunmaması sonucu, yaşlının özgün sağlık sorunlarına yaklaşımı eksik bırakmaktadır. Bu sorunlar sanayileşmiş ülkeler için de kısmen geçerlidir.

Yaşlılıkta organizmada gerçekleşen değişiklikler, yaşlının sağlık sorunlarına özgün bir yaklaşımı gerektirir. Buna yaşlılığın getirdiği sosyal problemler ve yurdumuza özgü faktörleri de eklersek yaşlı hastaya yaklaşımın ayrı bir alan olması gerektiği görülmür.

Bir çalışmada (1) yaşlılara sunulacak sağlık hizmetinde risk değerlendirmeleri bir anket yardımıyla yapıldığında şu sonuçlara ulaşılmıştır:

%65 düşük riskli grup, bunlar koruyucu hekimlik programlarının hedef kitesidir.

%30 orta risk grubu, hastalıklarına yönelik program uygulanmalıdır.

%5 yüksek risk grubu ki, bu grubun sağlık gereksinimlerinin karşılanması geriatrik bakım programının kapsamına girer (1).

Belediye hizmetlerinde tutarlı, sürdürülebilir, maliyetine göre anlamlı programların hedef kitesinin hangisi olması gerektiği tartışılmalı ve hizmet planlamaları buna göre yapılmalıdır.

Delile dayanan koruyucu hekimlik:

İngiltere'de Bütçe Kontrol Komisyonu'nca yayınlanan ve British Medical Journal'da da yorumu yer alan bir raporda, hükümetin yaşlılara yönelik hizmetlerde gelişmeler kaydetmesi yanında şu alanlarda boşluğun süregeldiği bildirilmiştir:

- 1- Koordinasyon,
- 2- Konsültasyon,
- 3- Politikalar oluşturulurken delile dayalı verilerden yararlanma.

Aynı raporda yaşlıların kamu hizmetlerinden en fazla yararlanan grup olması yanında en çok ihtiyaç sahibi olan yaşlıların en fazla sayıda kuruluşla muhatap olmak zorunda kaldığına dikkat çekilmiş ve çoğu yaşlının kurumlar arasındaki kopukluktan dolayı aklının karıştığı ve hizmet almakta zorlandığı vurgulanmıştır (2).

"Delile dayanan tıp" konusunda artan duyarlılık, koruyucu hekimlik alanında da meyvalarını vermektedir. Koruyucu hekimlik kapsamına giren öneri, araştırma ve müdahalelerde peşin hükümlerle değil, etkinliği geniş kapsamlı araştırmalarla kanıtlanmış yaklaşımlarla hareket edildiğinde, arzulanan sonuca daha kolay ulaşılabilecektir. Amerikan Koruyucu Hekimlik Hizmetleri (USPSTF)'nin her yıl yaptığı sınıflamalar buna örnek gösterilebilir (3).

Geriatrik interdisipliner ekip:

Sunulan hizmet ne özellikte olursa olsun (akut, subakut ya da ayaktan takip), kırılğan yaşlı multidisipliner bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. Bunu yapacak en küçük ekip, geriatrisyen ya

da pratisyen doktor ile geriatri hemşiresi olmak üzere iki öğeden oluşur ve anketler, yeni hasta değerlendirmeleri, kapsayıcı geriatrik değerlendirme, sağlığın korunması etkinliklerinden sorumludur (4). İdeal olan bu hizmetin "Geriatrik interdisipliner ekip" tarafından yürütülmesidir. Bu ekip; geriatrisyen, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve farmakologdan oluşur (5).

Kırılğan yaşlı:

Kırılğanlık, organizmanın minör zorlanmalar karşısında daha kolay hasara uğramasına neden olan fizyolojik rezerv kısıtlılığı olarak tanımlanmıştır. Kırılğan yaşlı tipik olarak kronik hastalıklara sahip ve işlevsel olarak bağımlıdır. Bu grubun genel özellikleri arasında kas zayıflığı, kilo kaybı, sarkopeni, egzersiz toleransı düşüklüğü, düşmeler, hareket kısıtlılığı, enkontinans ve kronik hastalıklar sayılabilir (3,6).

Bir diğer çalışmada kırılğan yaşlı hastalar şu kriterlerden iki ya da daha fazlasını karşılayan yaşlılar olarak tanımlanmıştır:

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri skorlamasına göre, günlük yaşam aktivitelerinden en az birini uygulayamama,

Son ay içinde geçirilmiş serebrovasküler olay,

Düşme anamnezi,

Yürümede güçlük,

Malnutrisyon,

Demans,

Depresyon,

Son üç ayda bir ya da daha fazla hospitalizasyon,

Uzun yatak istirahati gereksinimi,

İdrar ve/veya gaita inkontinansı (7).

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Polikliniği

İstanbul'da on beş milyona yakın insan yaşadığı tahmin edilmektedir. Bunu Türkiye genelinde 65 yaş üzeri nüfus olan % 8'e oranlarsak; bir milyon iki yüz bin civarında yaşlı, sağlık hizmeti beklemektedir. Bu kişilere etkili primer ve sekonder koruyucu hekimlik hizmetleri sunulması için sağlık ve sosyal sorunları, maddi durumları ve bağımlılık dereceleri ile ilgili güvenli verilere ulaşılabilmektedir.

Hedefler:

1- İstanbul'da pilot bölgelerde 60 yaş üzeri popülasyona yönelik demografik bilgi toplamak

2- Bu kişilerin sağlık sorunları ve bağımlılık derecelerini gösteren, bilimsel temele dayanan, ulusal ve uluslararası platformda paylaşılabilir nitelikte sağlıklı bir veri tabanı oluşturmak

3- Bu kişilerin sağlık sorunlarını çözebilecek bir sistem kurulması

4- İstanbul Büyükşehir Belediyesi (İBB) bünyesinde konuyla ilgili personelin hizmet içi eğitimi ve sağlık hizmetlerinin doğru verilebilmesi sağlayacak ekibin tasarlanması ve oluşturulması yönünde model olabilecek bir pilot çalışma gerçekleştirmek.

İstanbul ilinde 65 yaş üzeri vatandaşların sağlık ve sosyal profilini içeren verilerin elde edilmesi ve ihtiyaca uygun hizmetlerin planlanması amacıyla bu çalışma düzenlenmiştir.

Yaşlı polikliniğinde değerlendirilen tüm yaşlılardan ayrıntılı sosyo-demografik ve tıbbi öykü alındı. Kapsamlı fizik muayeneye ek olarak, vücut kitle indeksleri (VKİ) hesaplandı. Mini Mental Durum Değerlendirmesi (MMDD) (eğitimsizler için Türkiye'de geliştirilmiş olan formu), Geriatrik Depresyon Skalası (GDS), Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ve Tinetti denge ve yürüyüş skorlaması uygulandı. Ayrıntılı fizik muayene ve gerekenlerde laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri yapıldı. Maddi durumu iyi

olmayanların ve sosyal güvencesizlerin finansmanı İBB tarafından karşılandı. Gerek görülen hastalardan psikiyatri, fizik tedavi ve rehabilitasyon, KBB, üroloji, cildiye, göğüs hastalıkları, gastroenteroloji ve endokrinoloji konsültasyonları istendi. Daha üst düzey konsültasyon gereken hastalar ise İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri bilim dalı ve Geropsikiyatri birimine yönlendirildi. Koruyucu önlemler ve gereken egzersizler tarif edildi. İhtiyacı olanlara TTR birimlerinde fizik tedavi uygulandı.

Gereç ve Yöntem

Başlangıç olarak çalışmaya İstanbul Büyükşehir Belediyesinin 3 pilot ilçede (Fatih, Kağıthane, Bağcılar) özüllülere yönelik yürütmekte olduğu Toplum Temelli Rehabilitasyon (TTR) projesinin kayıtlarında yer alan 60 yaş üstü özüllü (günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanmış) bireyler alındı. Bunun nedeni demografik bilgileri elimizde hazır olan bir yaşlı grubu olmasıydı. Diğer yandan bu kişiler hastanelerden faydalanmakta ciddi zorluk çekmekteydiler ve maddi durumları genelde iyi değildi, çoğunun da sosyal güvencesi yoktu. Sağlık sorunları ve sosyal yönden kırılan bir grup olduğu göz önüne alınarak 60 yaş sınırı alındı.

Yaşlılardan kuruma gelebilenler Fatih, Kağıthane ve Bağcılar'daki TTR merkezlerinde muayene edildi. Bu bölgelerdeki ayaktan gelen hastalar tamamlanıp takibe alındıktan sonra Şehzadebaşı Tıp Merkezi'ne başvuran yaşlılarla çalışmaya devam edildi.

Bu çalışmanın devamı olarak, poliklinik değerlendirmesi için kuruma gelemeyen yaşlılara uygun bir hizmet modeli geliştirmek amacıyla Fatih bölgesinde saha çalışması başlatıldı.

Pilot bölgelerde hedefimiz ele aldığımız grupta şu sonuçları elde etmek olmuştur:

- 1- Yaşlıların hastalığının doğru teşhis edilmesi,
- 2- İlaç kullanımı ve müdahalelerde daha rasyonel yaklaşım,
- 3- Yaşlıların işlevselliğinde artış ve bağımlılık derecesinde azalma,
- 4- Yaşam kalitesinde iyileşme,
- 5- Sağlık başvuruları, invaziv girişim ve hospitalizasyon oranlarında azalma,
- 6- Bakımevi ihtiyacında azalma,
- 7- Sağlık ve bakım harcamalarında azalma,
- 8- Yaşlıların sağlıkla ilgili davranışları ve bilgi düzeyinde iyileşme,
- 9- Mortalitede azalma ve beklenen yaşam süresinde artış.

Bulgular

Bu çalışmada Mayıs 2003 ve Ekim 2005 tarihleri arasında 60 yaş üzerinde 316 kadın (%65,4) ve 167 (%34,6) erkek olmak üzere toplam 483 birey değerlendirmeye alınmıştır. 344 yaşlı (%71,2) İBB'nin Şehzadebaşı Tıp Merkezine kendileri muayene olmak için başvurmuş, 139 yaşlıya (%28,8) ise saha çalışmalarında ulaşılmıştır. Yaş aralığına göre dağılım Tablo 1'de gösterilmiştir.

Okuma yazması olmayan yaşlılar %53, ilköğretimden sonra eğitimi olmayanlar %36'lık oranı oluşturuyordu.

Vücut kitle indeksleri incelendiğinde yaşlıların büyük çoğunluğu ya kilolu ya da obez (aşırı kilolu) bulundu (Tablo 2).

Yaşlı polikliniğinde değerlendirilen yaşlıların %46'sının sosyal güvencesi yoktu, ikinci büyük dilimi oluşturan SSK'lıların (%22) çoğu da kendi kurumlarından yeterli sağlık hizmeti alamadığı için yerel yönetimden sağlık hizmeti vermesini bekliyordu.

Tespit ettiğimiz yalnız yaşayan yaşlı oranı sadece %15,5 olmakla birlikte, bu kesimin sadece sağlık değil, sosyal hizmetler açısından da desteklenmesi gerekiyordu. Yaşlıların %29,6'sı eşiyile, %41,2'si ise çocuklarıyla yaşıyordu.

Bedensel özüllü olan yaşlıların oranı %22,8 olarak bulundu. Yaşlıların %3,7'si görme ve işitme fonksiyonlarında kayıp ifade ederken, %33,7'sinde görme, %13,5'da işitme özüllü olduğu tespit edildi.

Sistemik hastalıkları sorgulandığında %28'inin diyabetinin olduğu, %17'sinin serebrovasküler olay geçirdiği, %66'sının hipertansiyon olduğu, %15,9'unun koroner arter hastalığı bulunduğunu, %1,2'sinin miyokard enfarktüsü geçirdiği, %32,5'inin solunum yolları hastalığı bulunduğunu, %49,7'sinin mide hastalığı teşhisi aldığı, %1'inin mide kanaması geçirdiği, %35,8'inin konstipasyon sorunu olduğu, %11,8'inin depresyon tanısı aldığı, %3,1'inin demans ve %1,4'ünün Parkinson hastalığı sebebiyle takipte olduğu, %20,5 yaşlıların lokomotor sistem sorunları olduğu, %2,7 yaşlıda patolojik kırık geliştiği, %2,3'ünde kanser teşhis edildiği, %43,7'sinin kronik ağrısının bulunduğu saptandı. Yaşlıların %17'sinde anemi (Hb 12 g/dl'den düşük) saptandı.

%90 Yaşlı hiç alkol kullanmamış, 58 yaşlı (%12) halen sigara içiyordu.

Yaşlıların %21,9'unda zayıflama, %28,8'inde çiğneme-yutma sorunu, %28 yeterli günlük sıvı almıyordu. 162 yaşlıda (%33,5) düşme anamnezi vardı. %9,1 yaşlıda postural hipotansiyon, %4,3 yaşlıda postural taşikardi saptandı.

%26,5 yaşlıda idrar inkontinansı sorunu vardı. %48'inin uykuya dalma süreleri uzamıştı.

%49'u gece uyanıyordu. Uyku ilacı kullananların oranı %8,9 bulundu.

İBB Fatih Saha Çalışması

Fatih ilçesinde 2003 yılından Haziran 2005 tarihine kadar 413'ü 65 yaş üzeri olmak üzere 2100 özüllü kaydı (%19,66) yapılmıştır. Bu oranı oluşturan "özüllü yaşlılar" arasında hareket sistemi ile ilgili özül en sık rastlanan sorun olmakla birlikte ileri görme bozukluğu ve/veya işitme kaybı olanlar da vardır. 2003 yılında özüllü yaşlılara yönelik başlatılan polikliniğe 160 yaşlıdan ancak 45'i gelebilmiştir. Diğerlerinin gelememe sebepleri sorgulanmış, bu tespitlerden yola çıkarak Fatih ilçesinin 69 mahallesinden biri pilot olarak seçilerek maddi durum, sosyal güvence, cinsiyet, eğitim gibi özelliklerine bakılmaksızın 65 yaş üzerindeki tüm yaşlıların durum tespitlerinin ve ihtiyaç analizlerinin yapılacağı bir çalışma planlanmıştır.

Tablo 1: Yaş gruplarına göre hastalar

Yaş aralığı	Sıklık n=473	Yüzde (%)
60-74	324	67
75-84	122	25,3
85 ve üzeri	27	5,6
Toplam	473	100

Tablo 2: Çalışmaya alınan yaşlıların vücut kitle indeksine göre dağılımları

VKI	Zayıf	Normal	Kilolu	Obez	Aşırı Obez	Toplam
sıklık	17	111	133	111	12	483
%	3,5	25,3	37,5	32	2,5	100

Gereç ve Yöntem

Fatih'de 500 yaşlısı bulunan, Veledi Karabaş mahallesi pilot bölge olarak seçilmiştir. Değerlendirme formu; proje koordinatörü, görevli aile hekimi ve sosyal çalışmacı tarafından İstanbul Tıp Fakültesi (İTF)'nde Geriatri ve Geropsikiyatri polikliniklerini yürüten öğretim üyelerinin danışmanlığında hazırlanmış, sahada uygulamayı yapacak ekibe bu öğretim üyeleri tarafından eğitim verilmiştir.

Sahada kullanılan formlarda demografik bilgiler, sosyal güvenceleri, kiminle yaşadıkları, alış-verişlerini kimin yaptığı, sosyoekonomik durumu, özür durumu, beslenme, sosyal ilişkiler, hastalıkları, kullandıkları ilaçlar, evde zemin güvenliği, hijyeni, ısınma ve aydınlanması sorgulanmıştır. Yine her yaşlı için Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), MMDD, (Okuma yazma bilmeyenler için Standardize Mini Mental Test-SMMT), Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) uygulanmıştır. Değerlendirme sonrası gerek görülür aile hekimi tarafından muayene edilmiş, geriatri-dahiliye uzmanı, FTR uzmanı ve geropsikiyatri uzmanı değerlendirmesine ihtiyaç duyanların İstanbul Tıp Fakültesi'nde ve İBB uzman polikliniğinde muayeneleri sağlanmıştır. Sonuçların değerlendirilmesi SPSS numarası programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya alınan tespit edilip, form doldurulan 233 yaşlının yaş ortalaması 71,2'dir. Yaşlıların %15,5 i yalnız yaşıyor, %43 ünün eşinin vefat etmiş olduğu saptanmıştır. Değerlendirilen yaşlıların %60'ı okur yazar değildir. Grubun %44'ü SSK'lı, %20 si Bağkur'lu, %12'si Emekli Sandığı mensubu, %7'si yaşlılık aylığı alıyor ve %1'i yeşil kartlı olmak üzere %82'inin sosyal güvenceli olduğu saptanmıştır. Yine %70,4'ü emekli maaşlarıyla geçiniyorlarken %1,7'si halen çalışmaktadır. %8,2'sine yakınları bakarken %6,4'ü ise yardımlarla hayatını sürdürmektedir. %17,2 yaşlının oturdukları evde kiracı oldukları ve kirayı ödeme sorunlarının olduğu, %11 yaşlının alışverişi için komşuya veya çocukları ve yakınları dışındaki kişilere muhtaç oldukları tespit edilmiştir.

Sosyal açıdan %30 yaşlının bakıma ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Yaşlıların %30'unun ısınma sorunu olduğu, %10'unun evinde banyo olmadığı, %6,4'ünde mutfak olmadığı saptanmıştır. Yaşlıların %73,4'ünde görme sorunu, %34'ünde işitme sorununun, %58,4'ünde yürüme zorluğu saptanmıştır. Her 100 yaşlıdan 26'sı son bir yıl içinde düşmüştür.

Beslenme durumlarına bakıldığında %63,5'inin günlük bir bardaktan az süt ve/veya yoğurt tükettiği saptanmıştır. %50,6 sı günde 1 tabaktan az baklagil, %70,8'i ise günde 2 porsiyondan az sebze tüketmektedir. Ekmek tüketimi ise %60 yaşlıda 8 dilim ve üzerinde bulunmuştur. Yaşlıların %85,4'ünün sistemik

bir hastalığı vardı ve %75,1'i sürekli ilaç kullanıyordu. %10'u ayda bir kez bile başkalarıyla görüşüyordu.

Sonuç

Sağlıklı yaşlanan insanların sayısı arttıkça, hekimlerin gözündeki 75 yaşın üzerindeki hasta imajı da değişime uğrayacaktır. Yaşlanmaya dair bilgilerimiz arttıkça, gelecek için umut verici olarak; sadece yaşa dayanarak hangi bakım standartlarının uygun olduğunu bilebileceğimiz görüşü güncelliğini kaybetmemektedir. Yaşlılar oldukça farklı bir topluluktur ve kronolojik yaşa dayanarak evrensel geçerliliği olan kabuller geliştirmek mümkün değildir (8).

Sonuç olarak, hedef kitlenin özellikleri ve gereksinimlerini doğru okuyacak kapsamlı çalışmalar ve iyi bir kurumlar arası koordinasyonla İstanbul'da yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini artıracak daha etkin programlar başlatılması mümkündür.

Teşekkür

Bu çalışmanın başlangıcı olan İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Başkanlığı Toplum Temelli Rehabilitasyon Projesi ve onun fedakar çalışanlarına, bilimsel anlamda bizleri destekleyen İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri BD'den Prof. Dr. M. Akif Karan, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD'den Prof. Dr. Resa Aydın ve Psikiyatri ABD'den Doç. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu'na teşekkürü borç biliriz.

Kaynaklar

1. Bross MF, Tryon AF. Preventive care of the older adult. In: Rudy DR, Kurowski K. Family Medicine Middle East Edition Egypt, Williams-Wilkins. 1998;741-50.
2. Campion EW. Specialized care for older patients. N Engl J Med 2002;46(12):874.
3. Berg AO. Practical and evidence-based preventive care: Guidelines from the US Preventive Services Task Force III In: Program and abstracts of American Academy of Family Physicians 2002 Scientific Assembly; 38. California.
4. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. N Eng J Med 2002;346:905-12.
5. Colenda CC, Sherman FT. Managed Medicare: An overview for the primary care physician. Geriatrics January 1998;53(1):57-63.
6. Abrams WB, Beers MH, Berkow R. Merck Manual of Geriatrics. 2nd ed. New Jersey: Merck&Co. Inc.;1995.
7. Aliberti E. Predictive value of the p instrument among older recipients of managed care. J Am Ger Soc 1997;45:614-7.
8. Roth ME. Putting prevention into geriatrics. In: Program and abstracts of American Academy of Family Physicians 2002 Scientific Assembly; 370. October 16-20, 2002; San Diego, California.