

14 GERİATRİK HASTANIN İŞLEVSELLİĞİNİN EV ZİYARETİNDE DEĞERLENDİRİLMESİNDE MESLEKLERARASI İLETİŞİM

Mari Törne

14.1 Yaşlanmaya Bağlı Değişiklikler

İnsan vücudunda yaşlanma, erken çocukluktan itibaren kademeli olarak başlar. Bu süreç, hücresel düzeyden vücudun farklı yapılarına kadar tüm vücutta etkili olur. Kronolojik yaşa baktığımızda, resmi olarak 65 yaşın üzerindeki insanlar yaşlı olarak kabul edilir. Ancak biyolojik yaşa baktığımızda, insanların yaşlanma ritmi farklıdır, çünkü vücutta ve fonksiyonlarda meydana gelen değişikliklere bağlı olarak yaşlanma daha farklı bir hızda gerçekleşir. Ayrıca, psikolojik yaş vardır ve bu, insanların nasıl davrandıkları ve hissettikleriyle ilgilidir (Stefanacci 2024).

Yaşa bağlı biyolojik fonksiyonların çoğu, 30 yaşından önce zirveye ulaşır. Bundan sonra bu fonksiyonlar kademeli olarak lineer bir şekilde azalır (Stefanacci 2024). Yaşlanma ile birlikte kemikler yoğunluk kaybeder. Kemikleri güçlü tutan kalsiyum miktarı azalır çünkü vücut besinlerden daha az kalsiyum ve D vitamini emmektedir (Stefanacci 2024). Kemik yoğunluğu 35-40 yaşlarından itibaren azalabilir ve kemik yapısı bozulabilir. Değişiklikler, 50 yaşından sonra, özellikle kadınlarda daha belirgin hale gelir (Suominen ve Suominen, 2022).

Bir kişi yaşlandıkça, kas dokusu azalır ve kaybedilen kas dokusu kısmen yağ dokusu ile yer değiştirebilir (Suominen ve Suominen 2022). Hem hızlı kas lifleri (tip I) hem de yavaş kas lifleri (tip II) azalır. Kas lifleri arasındaki bağ dokusu zarları bir ölçüde kalınlaşır ve kas aralarına yağ birikir. Sarkopenide, kas proteini yıkımı ve sentezi dengesiz hale gelir, bu da yaşlılıkta kas kütlesi ve kas fonksiyonunun kaybına yol açar ve bu da genellikle fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olur. Azalan fiziksel aktivite miktarı ve kötü beslenme, sarkopeniye yol açabilir. Düzenli fiziksel aktivite, sarkopeniyi önleyebilir. Yaşlanma ile birlikte tendonların gerilme gücü azalır, çünkü tendonlar neredeyse tamamen paralel kollajen liflerinden oluşur (Tilvis 2016). Ayrıca, kas gücü, 65 yaşından sonra yılda yaklaşık %1.5-2 oranında azalır (Suominen ve Suominen, 2022). Reaksiyon zamanı, merkezi sinir sistemindeki anatomik ve fizyolojik değişiklikler nedeniyle yaklaşık dörtte bir oranında artar (Tilvis 2016).

14.2 Fonksiyonel Yetenek

Fonksiyonel yetenek ya da işlevsellik, bir kişinin günlük yaşamla başa çıkabilme yeteneğini ifade eder. Fonksiyonellik, fiziksel işlevsellik (örneğin, dışarı çıkma, yürüme ve ev işleriyle başa çıkma), zihinsel işlevsellik (örneğin, bilişsel işlev ve ruh hali) ve sosyal işlevsellik (örneğin, yalnızlık ve sosyal izolasyon) açısından değerlendirilebilir (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016). Fonksiyonellikteki kademeli azalma, ilk olarak sosyal katılım ve aktif fiziksel aktivite gibi ileri düzey günlük yaşam aktivitelerinde (AADL) görülür. Ardından, ev işlerini yapma, alışveriş yapma, araba kullanma ve ilaç kullanma gibi günlük yaşamın fonksiyonel olmayan aktivitelerinde (IADL) sorunlar yaşanır. Son olarak, yürümek, banyo yapmak, yataktan kalkmak, sandalyeden kalkmak, giyinmek, tualete gitmek ve yemek yeme gibi temel günlük yaşam aktiviteleri (BADL) etkilenir (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016).

Fonksiyonel bozulma veya işlevsellikteki kötüleşme, bağımsız yaşam için gerekli günlük yaşam aktivitelerinde zorluk veya yardım ihtiyacı olarak tanımlanır. Fonksiyonel engellilik, bir kişinin zihinsel veya fiziksel kapasitesinin çevrenin taleplerini karşılamakta yetersiz olması durumunda ortaya çıkar. Yaşlı kişi, kendi aktivite eksikliğine ve bunun sonuçlarına tepki veren ve uyum sağlayan aktif bir oyuncudur, örneğin egzersiz yaparak, ihtiyaçlarını uyarlayarak ya da yardımcı cihazlar kullanarak. Diğer bir seçenek, katılımı değiştirmektir; örneğin dışarıdan yardım almak ya da çevreyi daha işlevsel hale getirmek. (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016)

Fonksiyonel kapasitenin kötüleşmesiyle birlikte, yaşlı bireyler çevrenin etkilerine karşı daha savunmasız hale gelir. Tanıdık bir ortamda yaşamak, yaşlıların hayatları boyunca otonom olmalarını sağlar. Tanıdık bir ortamda, yaşlı kişi, işlevsellikleri azaldıkça telafi edici ve başa çıkma mekanizmaları geliştirir. Engelleri olmayan, erişilebilir ve güvenli bir çevre, yaşlı bireylerin evde daha uzun süre hayatta kalmalarını sağlar (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016).

Bir disfonksiyon yavaşça veya ani bir felaket olarak gelişebilir. Yavaş ilerleyen fonksiyonel bozulma insidansı, ani başlayan fonksiyonel bozulmaya kıyasla yaşla birlikte daha hızlı artar (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016). Fonksiyonel bozulma veya işlevsellikteki kötüleşme, sadece bir kişinin fiziksel işlevselliğinden değil, aynı zamanda psikolojik (örneğin bilişsel işlev ve ruh hali) ve sosyal işlevsellikten (sosyal aktivite, sosyal ağlar) da etkilenir, ayrıca fiziksel çevre ve mevcut yardımcıları da etkili olur (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016).

Bir dizi faktör, engelliliklerin gelişimini etkiler. Verbrugge & Jette (1994)'ye göre, dışsal faktörler, tıbbi bakım ve rehabilitasyon, ilaçlar, dışsal destek ihtiyacı ve çevre (inşa edilmiş, fiziksel ve sosyal) engellilikleri etkileyebilir. İçsel faktörler ise yaşam tarzı ve davranış değişiklikleri ve psikososyal kaynaklardır (Verbrugge ve Jette, 1994). Bu, içsel ve çevresel faktörlerin fonksiyonel eksikliklerin ortaya çıkışını hızlandırabileceğini ya da yavaşlatabileceğini gösterir (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016).

Hastaneye yatış, yaşlı bireyler için fonksiyonel bozulmalar geliştirme açısından büyük bir risk faktörüdür. Yaklaşık olarak üçte biri, akut hastalık başarıyla tedavi edilse bile, hastaneye yatış öncesindeki fonksiyonel seviyelerine geri döneemezler. Hastane bakımı genellikle pasif olup, sınırlı hareketliliğe sahip olup, genellikle yeterli beslenme ve sıvı alımı sağlamaz. İlaçlar, hastanın

hareketsizliğine katkıda bulunabilir. Hastaneden sonra, takip rehabilitasyonunun olmaması gibi faktörler, fonksiyonel kapasitenin azalmasına yol açabilir. (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016). Fonksiyonel bozulmaları en aza indirmek için, gereksiz yatak istirahatinden kaçınılmalı, yeterli yiyecek ve içecek alımı sağlanmalı ve ilaç listesi sürekli olarak gözden geçirilmelidir (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016).

14.3 Yaşlı Bireyin Fonksiyonel Değerlendirmesi

Yaşlı insanlar genellikle mümkün olduğunca evde yaşamaya devam etmek isterler. Bir kişinin evde bağımsız yaşama yeteneğini değerlendirmek, sağlık profesyonelleri için önemli bir görevdir. (Schulman-Green et al 2006; Huang et al 2007.) Kapsamlı geriatri değerlendirmesi, fiziksel, zihinsel, bilişsel ve sosyoçevresel işlevsellik yönlerini içeren multidisipliner bir süreçtir (Stefanacci, 2022). Her zaman bütünsel bir yaklaşım sergilenmelidir (Ramani, Furmedge & Reddy 2014). Sadece hastane veya kurumsal bir ortamda işlevselliği değerlendirmek, bir yaşlının evdeki başa çıkma yeteneği hakkında yanlış bir izlenim verebilir, yaşam ortamlarının gereksinimleri ve fırsatları bilinmedikçe ve yakınlarının görüşleri dikkate alınmadıkça (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016). Ancak, yaşlı bireylerin bağımsız yaşamını değerlendirmek, birden fazla fonksiyonel alanı içerdiği için zordur.

Multidisipliner işbirliği, sağlık hizmetlerinde farklı geçmişlere ve profesyonel kültürlere sahip profesyonellerin, sağlık hizmeti kullanıcılarına hizmet sunarken aktif ve sürekli bir işbirliği içinde çalışmaları olarak tanımlanır (Schot, Tummers & Noordegraaf 2020).

Geriatri değerlendirmesi, yaşlı bireyin fonksiyonel kapasitesini, fiziksel ve zihinsel sağlığını, bilişsel durumunu ve sosyoçevresel koşullarını değerlendirmeyi amaçlayan multidisipliner bir değerlendirmedir. Genellikle, hekim ya da aile üyeleri potansiyel bir problem tespit ettiğinde başlatılır. Geriatri değerlendirmesi, standart bir tıbbi değerlendirmeden farklıdır çünkü fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesine odaklanır. Çoğu zaman, multidisipliner bir ekip tarafından tamamlanır (Bassem & Higgins 2011).

14.3.1 Kısa Fiziksel Performans Testi (SPPB)

Kısa Fiziksel Performans Testi (SPPB), yaşlı bireylerin alt ekstremitte performansını ölçmek için yaygın olarak kabul edilen ve güvenilir bir testtir (Pavasini et al 2016). SPPB, 65 yaş ve üzeri yaşlı yetişkinlerde denge, alt ekstremitte gücü ve fonksiyonel kapasiteyi test eder. Üç farklı bölüm içerir: yürüme, oturup kalkma ve denge, böylece fonksiyonel mobilitayı değerlendirir (Physio-pedia). SPPB skoru 10'un altı, tüm nedenlerden ölüme dair bir tahmin sağlar. Test, tüm nedenlerden ölüm riskine dair yararlı prognostik bilgiler sunabilir, aynı zamanda geriatrik hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yeteneği hakkında güvenilir bilgi sağlar (Pavasini et al 2016).

Bu test bataryasının ilk bölümü, alt ekstremitte gücünü ölçen sandalye kalkma testidir. Bu yetenek, günlük yaşam fonksiyonlarında, örneğin yürümek, giyinmek, yemek yapmak gibi birçok fonksiyonu yerine getirmek için gereklidir. Test, kişinin sandalyeye oturduğu, sırtını sırt dayamasına yasladığı, kollarını göğsünde kavuşturduğu ve ayaklarını yere sağlam bastığı tek bir sandalye kalkma ile başlar. Kişi bir kez kalkabilirse, tekrar edilen sandalye kalkma testi yapılabilir,

bu testte kişi, oturur pozisyondan beş kez kalkmalıdır. Kişi kalkmaya çalışırken ancak dizlerinden destek almak zorunda kalıyorsa, testin devam etmesine gerek yoktur (Resim 1).



1Resim 1. Kollar vücadun yan tarafında olacak şekilde sandalyede ayakta durma testi. Bu kişinin ayağa kalkabilmesi için dizlerinden de destek alması gerekmektedir. (Resim Törne M, 2024)

Tekrar edilen sandalye kalkma testinde, kişiden oturur pozisyondan beş kez kalkması istenir. Zaman, saatle ölçölür. Kiřiden, oturup kalkma hareketini olabildiğince hızlı yapması istenir. Sonuçlar řu şekilde puanlanır:

- Beř sandalye kalkma tamamlanamaz veya kalkmalar 60 saniyeden uzun sürerse: 0 puan
- Sandalye kalkma süresi 16.70 saniye veya daha fazla ise: 1 puan
- Sandalye kalkma süresi 13.70 ila 16.69 saniye arasında ise: 2 puan
- Sandalye kalkma süresi 11.20 ila 13.69 saniye arasında ise: 3 puan
- Sandalye kalkma süresi 11.19 saniye veya daha az ise: 4 puan (Physiopedia)

Güvenlik amacıyla, sandalyenin duvara dayalı olması önemlidir. Fizyoterapistin, kişinin dengesi kaybolursa çok yakınında durması gerekir.

SPPB'deki ikinci alt test, denge testidir ve üç bölümden oluşur: ayaklar bitişik yan durma, yarım tandem durma ve tandem durma. Denge, neredeyse tüm günlük yaşam aktivitelerinde gereklidir. Denge testi, kişi bağımsız bir şekilde destek veya yardımla duramıyorsa yapılmaz. Eğer kişi, bir yardımcı cihazla destek almadan güvenli bir şekilde durabiliyorsa, test yapılabilir. Ayakta yan durmada, kişi 10 saniye boyunca ayakları birleşmiş bir şekilde durur (Resim 2).



2Resim 2. Ayaklar bitişik şekilde yan duruş. (Resim Törne M, 2024)

Yan durma için puanlama şu şekildedir:

- 10 saniye boyunca durduysa: 1 puan
- 10 saniye boyunca duramadıysa: 0 puan
- Denenmediyse: 0 puan

- 0 puan alırsa, Denge Testleri sona erer (Physiopedia)

Eğer kişi, ayakları birleşmiş bir şekilde destek almadan duramıyorsa (örneğin, sandalye desteği alıyorsa veya ayaklar birleşmiyorsa), 0 puan alır ve denge testi devam etmez.

İkinci bölüm, yarım tandem durma testidir; kişi, bir ayağının topuğu diğer ayağının baş parmağına değecek şekilde, 10 saniye boyunca destek almadan durur (Resim 3). Kişi, dengeyi sağlamak için kollarını kullanabilir, dizlerini bükebilir veya vücudunu hareket ettirebilir, ancak ayaklarını hareket ettirmelerine izin verilmez.



Resim 3. Yarı tandem duruş. (Resim Törne M, 2024)

Yarım tandem durma için puanlama şu şekildedir:

- 10 saniye boyunca durduysa: 1 puan
- 10 saniye boyunca duramadıysa: 0 puan
- Denenmediyse: 0 puan
- 0 puan alırsa, Denge Testleri sona erer (Physiopedia)

Denge testinin son bölümü tandem durma testidir (Resim 4). Kişiyi, bir ayağının topuğu diğer ayağının parmaklarının önünde olacak şekilde ve onlara dokunarak 10 saniye boyunca durması talimatı verilir. Yine, bu testte kişi kollarını kullanabilir, dizlerini bükebilir veya dengeyi sağlamak için vücudunu hareket ettirebilir. Ayakların hareket etmesine izin verilmez.



Resim 4. Tandem duruş. (Resim Törne M, 2024)

Tandem durma için puanlama şu şekildedir:

- 10 saniye boyunca durduysa: 2 puan
- 3 ila 9.99 saniye arasında durduysa: 1 puan
- 3 saniyeden az durduysa: 0 puan
- Denenmediyse: 0 puan (Physiopedia)

SPPB'deki son bölüm ise yürüyüş testidir ve bu test, yürüme hızını ölçer. Katılımcı, zeminde işaretli olan çizgi üzerinde (3 veya 4 metre) normal bir hızla yürür (Resim 5). Zaman kaydedilir. Yardımcı cihaz kullanılabilir. Güvenlik amacıyla, fizyoterapist kişinin yanında yürümelidir.



Resim 5. Yürüme hızı. (Resim Törne M, 2024)

4-Metre Yürüyüş Testi için puanlama şu şekildedir:

- Zaman 8.70 saniyeden fazla ise: 1 puan
- Zaman 6.21 ila 8.70 saniye arasında ise: 2 puan
- Zaman 4.82 ila 6.20 saniye arasında ise: 3 puan
- Zaman 4.82 saniyeden az ise: 4 puan (Physiopedia)

14.3.2 Barthel İndeks

Barthel İndeksi, bir kişinin günlük yaşam aktivitelerini (ADL) tamamlama yeteneğini ölçen sıralı bir ölçektir (Physio-pedia). Barthel İndeksi, 1965 yılında 10 günlük aktiviteyi yerine getirme için fonksiyonel bağımsızlığı değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur ve genellikle nörolojik hastalıklar ve yaşlılarla kullanılmıştır (dos Santos Barros et al 2022). Barthel İndeksi'nde çok düşük puan alan bir kişi, bakıcılara ve/veya yardımcı cihazlara bağımlı olma olasılığı daha yüksek olan kişilerdir. Bu, işlevsellikten bahsederken çok değerli bir bilgidir. Barthel İndeksi ile ölçülen on günlük yaşam aktivitesi, temel hareketliliği de içerir: Yeme, Yıkama, Bakım, Giyinme, Bağırsak hareketi, İdrar, Tuvalet kullanımı, Yatak-sandalyeden kalkma ve geri, Düz yüzeyde hareketlilik, Merdiven çıkma. Barthel İndeksi'ni multidisipliner ekipten herhangi bir üye uygulayabilir. Barthel İndeksi, bir kişinin işlevselliğini görmek için tek başına kullanılan bir değerlendirme aracı olarak tasarlanmamıştır. Bir kişinin işlevselliğinin tam bir resmini oluşturmak için diğer değerlendirmelerle tamamlanmış bir araç olarak kullanılmalıdır (Physio-pedia).

Barthel İndeksi'ni tamamladığınızda, kişinin gerçekten ne yaptığını ve görevleri nasıl tamamladığını değerlendirmek önemlidir, sadece kişinin kendi görüşünü sormak yerine. Bunu görmek için kişiye, fiziksel veya sözel yardım sağlamadan mümkün olduğunca bağımsız bir şekilde fonksiyonel görevleri tamamlamasına izin verin. Bunun kişinin güvenliği için uygun olduğundan emin olun. Eğer yardımcı cihazlara veya araçlara ihtiyaç duyuyorsa, buna izin verilebilir. Yardımcı cihazlar kullanılabilir ve test hala bağımsız olarak puanlanabilir, ancak hasta gözetim gerektiriyorsa, bağımsız olarak puanlanamaz. Gerekirse, değerlendirici, hasta, aile üyesi veya diğer personele bilgi sorabilir. Barthel İndeksi, bir hastanın yetenekleri ve rehabilitasyon potansiyeli hakkında tam bir resim oluşturmak için bir değerlendirme aracı olarak kullanılır (Physio-pedia).

14.4 Multidisipliner/Mesleklerarası İletişim

Bu öğrenme modülünde, "multidisipliner iş birliği" terimi, farklı meslekleri temsil eden meslek grupları arasındaki iş birliğini tanımlamak için kullanılmaktadır. Fizikoterapist ile hemşire arasındaki interprofesyonel iletişimin akıcılığı, yaşlı hastanın evde bağımsız yaşama yeteneğini değerlendirmede çok önemlidir. Yaşlı bir bireyin durumu, bütünsel bir yaklaşım ile ele alınmalıdır. Kültürel duyarlı iletişim, bireyleri anlama ve saygı gösterme, ayrıca hasta ve aile memnuniyetini artırma anlamına gelir (Brooks, Manias & Bloomer 2019).

Multidisipliner iş birliği, optimal ve etkili hasta bakımını sağlamak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için gereklidir. Bu, farklı uzmanlıklara, farklı çalışma alanlarına ve farklı statü seviyelerine sahip sağlık profesyonellerinin, yüksek kaliteli, hasta odaklı bakım sağlamak için birlikte çalışması anlamına gelir. Ayrıca, her bir mesleğin belirli becerilerinin hasta tarafından faydalı bir şekilde kullanılmasını sağlar (Mahler et al 2014).

Multidisipliner iş birliğinde kullanılan iletişimin, bakım kalitesini sürdürmek için iyi çalışması gerekir. Sağlık hizmetlerinde etkisiz iletişim, farklı türde hasta zararları ve olumsuz etkilere yol açar (Foronda et al. 2016, Hunter et al 2021). Hastalarla, ailelerle ve toplumlarla profesyonel bir şekilde iletişim kurmanın yanı sıra, sağlık ve diğer alanlardaki tüm profesyonellerle yanıt verici ve sorumlu bir şekilde iletişim kurabilmek de çok önemlidir. Bu, sağlığın teşvik edilmesi, korunması, hastalık veya bozukluğun önlenmesi ve tedavi edilmesine yönelik yaklaşımı destekler (Interprofessional Education Collaborative 2016). Yüksek kaliteli, hasta merkezli bakım, sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında kültürel olarak uygun iletişimle sağlanabilir. Kültürlerarası durumlarda, kültürel yeterlilik, sağlık profesyonelleri ile hastaları arasındaki etkili iş birliği için çok önemlidir (Hunter, Majd, Kowalski & Harnett. 2021).

14.5 Vaka: Klinik Akıl Yürütme

Videolarda, Martta Mäkinen adlı hastanın durumu değerlendirilmiştir. Şimdi, durum tanımını ve test sonuçlarını inceleyebilirsiniz:

Martta Mäkinen

88 yaşında, evde bakım ve evde bakım hemşiresinin yardımıyla yaşayan bir kadın. Çocukları yok, kocası 20 yıl önce vefat etti. Ablasının kızı, banka ve markete gitmesine yardımcı oluyor. Tıbbi tanıları; Tip 2 Diyabet (insülin bağımlı), 2015'te Myokard Enfarktüsü ve 30 yıldır Hipertansiyon. Evde düşüp, ambulansla hastaneye kaldırıldı. 3 gün önce sol omuzunda ağrı şikâyeti vardı. Röntgenlerde kırık gözükmedi, ancak omuzda büyük bir hematoma oluşmuş ve kolu hareket ettirmek acı veriyor. EKG'de akut iskemi değişiklikleri görülmedi. Baş MRI'sında serebrovasküler olay gözükmedi. Dün hastaneden taburcu edildi ve doktor, evdeki bağımsız yaşam yeteneğini değerlendirmek için bir fizyoterapistle yönlendirdi.

Martta'nın Test Sonuçları

Kısa Fiziksel Performans Testi (SPPB):

Sandalyeden kalkma: 0 puan

Yan yana durma: 0 puan; aşağıdaki denge testleri yapılmadı

Yarım tandem durma: 0 puan

Tandem durma: 0 puan

Yürüyüş testi zamanı: 9,20 saniye = 1 puan

Barthel İndeksi için puanlar, Resim 6'da gösterildiği şekildedir.

Barthel Index of Activities of Daily Living

Instructions: Choose the scoring point for the statement that most closely corresponds to the patient's current level of ability for each of the following 10 items. Record actual, not potential, functioning. Information can be obtained from the patient's self-report, from a separate party who is familiar with the patient's abilities (such as a relative), or from observation. Refer to the Guidelines section on the following page for detailed information on scoring and interpretation.

The Barthel Index

Bowels

0 = incontinent (or needs to be given enemas)
1 = occasional accident (once/week)
2 = continent

Patient's Score: 2

Bladder

0 = incontinent, or catheterized and unable to manage
1 = occasional accident (max. once per 24 hours)
2 = continent (for over 7 days)

Patient's Score: 2

Grooming

0 = needs help with personal care
1 = independent face/hair/teeth/shaving (implements provided)

Patient's Score: 0

Toilet use

0 = dependent
1 = needs some help, but can do something alone
2 = independent (on and off, dressing, wiping)

Patient's Score: 1

Feeding

0 = unable
1 = needs help cutting, spreading butter, etc.
2 = independent (food provided within reach)

Patient's Score: 2

Transfer

0 = unable – no sitting balance
1 = major help (one or two people, physical), can sit
2 = minor help (verbal or physical)
3 = independent

Patient's Score: 3

Mobility

0 = immobile
1 = wheelchair independent, including corners, etc.
2 = walks with help of one person (verbal or physical)
3 = independent (but may use any aid, e.g., stick)

Patient's Score: 3

Dressing

0 = dependent
1 = needs help, but can do about half unaided
2 = independent (including buttons, zips, laces, etc.)

Patient's Score: 1

Stairs

0 = unable
1 = needs help (verbal, physical, carrying aid)
2 = independent up and down

Patient's Score: 1

Bathing

0 = dependent
1 = independent (or in shower)

Patient's Score: 0

Total Score: 15

(Collin et al., 1988)

Scoring:

Sum the patient's scores for each item. Total possible scores range from 0 – 20, with lower scores indicating increased disability. If used to measure improvement after rehabilitation, changes of more than two points in the total score reflect a probable genuine change, and change on one item from fully dependent to independent is also likely to be reliable.

Sources:

- Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud.* 1988;10(2):61-63.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-65.
- Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Int Disabil Stud.* 1988;10(2):64-67.

Resim 6. Martta'nın Barthel indeksi (British Geriatric Society).

Martta'nın işlevselliğiyle ilgili klinik akıl yürütmenizi şimdi yapabilirsiniz ve aşağıdaki soruları düşünmek için biraz zaman harcayabilirsiniz:

1. Fiziksel işlevselliği göz önünde bulundurarak Martta'nın işlevselliğini nasıl tanımlarsınız?
2. Sizce Martta hala evde bağımsız bir şekilde yaşayabilir mi?
3. Evde hangi tür yardıma ihtiyacı var ve hangi tür yardımlar alması gerekebilir?

Kaynaklar

British Geriatric Society. Barthel index. www.bgs.org.uk.

Pitkälä K., Valvanne J., Huusko T. 2016. Toimintakyky vanhuudessa. Teoksessa Geriatria. Duodecim. <https://www.oppiporiti.fi/>. 23.5.2024

Stefanacci R.G. (2024). Overview of Aging. Merck manual. Reviewed/Revised Apr 2024. <https://www.merckmanuals.com/>

Stefanacci R.G. Changes in the Body With Aging. Merck manual. Reviewed/Revised Apr 2024

Suominen T., Suominen H. (2022). Ikään liittyvät muutokset. Teoksessa Gerontologia. Duodecim. <https://www.oppiporiti.fi/>. 23.5.2024

Tilvis R. (2016). Tuki- ja liikuntaelinten vanhenemismuutokset. Teoksessa Geriatria. Duodecim. <https://www.oppiporiti.fi/>. 23.5.2024

Verbrugge L.M. and Jette A.M. The disablement process. 1994. Social Science and Medicine. Vol. 38, 1-14.