

YAŞLILIKTA KALİTELEİ YAŞAM



Hacettepe Üniversitesi
Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi

GEBAM

tarafından
“Halk Eğitimi Etkinlikleri”
kapsamında hazırlanmıştır.

www.gebam.hacettepe.edu.tr

İletişim:

gebam@hacettepe.edu.tr

İÇİNDEKİLER

SUNUŞ

Bölüm 1

Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları

Prof.Dr.Yeşim Gökçe Kutsal

Bölüm 2

Yaşlanan toplum

Prof.Dr.Nazmi Bilir

Bölüm 3

Yaşlılık döneminde sık görülen sağlık sorunları

Prof.Dr.Yeşim Gökçe Kutsal

Bölüm 4

Sağlığın korunması

Prof.Dr.Nazmi Bilir

Bölüm 5

Menopoz ve sonrası

Prof.Dr.Lütfü Önderoğlu, Uzm.Dr. Gürkan Bozdağ

Bölüm 6

Andropoz ve sonrası

Yard. Doç.Dr.Kubilay İnci

Bölüm 7

Sigara ve yaşlanma

Prof.Dr.Nazmi Bilir

Bölüm 8

Deri sorunları ve deri bakımı

Prof.Dr.Ayşen Karaduman

Bölüm 9

Sık rastlanan psikiyatrik sorunlar

Doç.Dr.Suzan Özer

Bölüm 10

Sık rastlanan nörolojik sorunlar

Uzm.Dr, İrsel Tezer, Doç. Dr. Sevim Erdem, Doç. Dr. Esen S. Topçuğlu,
Doç. Dr. M. Akif Topçuoğlu

Bölüm 11

Yaşlılık döneminde inkontinans sorunu

Prof.Dr.Ali Ergen

Bölüm 12

Cinsel yaşam

Yard. Doç.Dr.Kubilay İnci

Bölüm 13

Ağız ve diş sağlığının korunması

Prof. Dr. Meserret Başeren, Prof. Dr. Nur Hersek, Prof. Dr. Haviye Nazlıel

Bölüm 14

Bilinçli ilaç kullanımı

Prof.Dr.Gönül Şahin, Doç.Dr.Terken Baydar

Bölüm 15

Yaşlılıkta sağlıklı ve bilinçli beslenme

Prof.Dr.Perihan Aslan

Bölüm 16

Kronik Hastalıklar ve beslenme

Prof.Dr.Neslişah Rakıcıoğlu

Bölüm 17

Yaşlının kişisel bakımı

Prof.Dr.Fethiye Erdil, Doç.Dr. Sevilay Şenol Çelik

Bölüm 18

Yaşlının evde bakımı

Prof.Dr.Fethiye Erdil, Doç.Dr. Sevilay Şenol Çelik

Bölüm 19

Yaşlılık döneminde fiziksel aktivite

Prof.Dr.Fatma İnanıcı

Bölüm 20

Yaşlılar ve güvenli toplumlar

Prof.Dr.Hilal Özcebe

Bölüm 21

Yaşlılar için ev ve çevre düzenlemeleri

Prof.Dr.Hilal Özcebe

Bölüm 22

Yaşlı tüketiciler pazarı ve taraflara öneriler

Prof.Dr. Müberra Babaoğlu

SUNUŞ

Yirminci yüzyıl ile birlikte gelişen en önemli kavram; **“toplumların yaşlanması”**dır. Özellikle endüstrileşmiş ülkelerde nüfusun yaş dağılımındaki değişikliklere paralel olarak sağlık hizmetlerinin paylaşımı ve sosyal güvenlik hakları gibi pek çok sorunun hızla ortaya çıkması toplumları sosyal ve politik açıdan adeta bir açmazla karşı karşıya bırakmıştır. Gerekli sosyal destek sistemleri oluşturulmadan ortaya çıkan yaşlı nüfustaki patlama halen yılda % 2.5 oranında bir artışla devam etmektedir ve bu toplam popülasyondaki artış oranından çok daha fazladır.

Bu gerçeklerden hareketle kuruluş çalışmaları Dünya Sağlık Örgütü tarafından **‘Uluslararası Yaşlılar Yılı’** ilan edilen 1999 yılında başlayarak 2000 yılında tamamlanan Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi-GEBAM; Üniversite rektörlüğüne bağlı olarak faaliyet gösteren akademik bir merkezdir. GEBAM bünyesinde Tıp, Diş Hekimliği, Eczacılık, Fen ve Edebiyat, İktisadi ve İdari İlimler Fakülteleri ile Hemşirelik, Sağlık Teknolojisi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ve Sosyal Hizmetler Yüksek Okullarından **“Geriatri”** ve **“Gerontoloji”** konularında birikim ve deneyim sahibi öğretim üyelerinin gönüllü katkıları ile çeşitli etkinlikler gerçekleştirilmektedir.

“Uluslararası Yaşlanma Asamblesi” tarafından 2002 yılında yayınlanan **Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı**’nın amacı; **“Her yerde insanların güvenli ve saygın şekilde yaşlanmalarını ve toplumlarında bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşamaya devam etmelerini garanti etmek”** şeklinde ifade edilmektedir.

H. Ü. GEBAM yönetim kurulu olarak, yaşlıların çok yönlü sorunlarını süregelen bir biçimde gündeme taşıyan ve çözüm üretimine katkıda bulunmak amacı ile araştırmalar ve eğitim etkinlikleri gerçekleştiren multidisipliner ilk araştırma merkezi olmanın onurunu taşımaktayız. Bu bağlamda halkın eğitimine yönelik olarak hazırlanan bu kitaba emek veren ve kuruluşundan bu yana GEBAM etkinliklerine destek veren Hacettepe Üniversitesi’nin değerli öğretim üyelerine teşekkür eder, okuyucularımıza yararlı olması dileği ile saygılar sunarız.

GEBAM Yönetim Kurulu adına
Prof.Dr. Yeşim GÖKÇE KUTSAL
Müdür
www.gebam.hacettepe.edu.tr

BÖLÜMLER

Bölüm 1

Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları

Prof.Dr.Yeşim Gökçe Kutsal

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Hacettepe Üniversitesi GEBAM Müdürü

“Alternatifini göz önüne alırsak yaşlılık o kadar da kötü değildir”.

Maurice Chevalier (1888-1972)

Yaşlanma, organizmada, molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan, yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümüdür. Yaşlılık rezerv biyolojik kapasitelerin azalması ile karakterize; fizyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal yönleri olan bir süreçtir. Yaşam süresini belirleyen en önemli faktör genetikdir. Ancak, yaşam tarzı, çevresel faktörler, hastalıklar ve kişilerin olumsuz koşullar ile başa çıkma yolları gibi pek çok etken de yaşam süresinin belirlenmesinde rol oynar.

Yaşlılık üzerine

Yaşlı insandan ve onun saygınlığından söz eden bilinen ilk eser; Homeros'un “İlyada ve Odysseia” adlı eseridir. Bu eserde yaşlı Nestor karakteri ile her anlamda olumlu bir yaşlı görüntüsü çizilmiştir. Seksen bir yaşındaki Platon ise bilgelik ve huzur kapılarını açan tek doğru davranışın “**Bilinçli yaşanılan bir gençlik ve orta yaşlılık**” olduğunu ve bunun yaşlılığa hazırlanmanın en iyi yolu olarak görüldüğünü ifade etmiştir. Dolayısı ile günümüzde yaygın olarak benimsenen bu kanının 2400 yıllık bir mazisi olduğu söylenebilir. Sophokles seksen dokuz yaşında iken yaşlı insanı “bilge” olarak tanımlamakta ve öğütlerine kulak verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Ünlü düşünür Çiçero ise “**İnsan yaşlılığında da başarılarına imza atabilir**” demekte ve üretkenliğin sürdürülmesinin önemini vurgulamaktadır.

Tarihsel süreçte yaşlanma

Antik çağda ölümün çehresi gençti ve sadece 100 insandan bir tanesi 60 yaşına ulaşabiliyordu. Bir Roma'lı askerın ortalama ömrü 22 yıl idi. Yirminci yüzyılın başlarına kadar dünyanın hiçbir ülkesinde uzun bir yaşam için gereken ortam yoktu. Avrupa'da ortalama yaşam süresi 50 yıl idi, ölüm genellikle gençlik yıllarına rastlıyor, iyi koşullarda yaşayıp yaşlanma şansını yakalayabilenlerin sadece devlet adamları, krallar, filozoflar ve yüksek rütbeli subaylar olduğu dikkati çekiyordu.

Yirminci yüzyılda tıp, bilim ve teknoloji üçgenindeki gelişmelere paralel olarak dünya nüfusundaki artış hızlanmış, ölüm oranlarında belirgin azalma olmuş ve bunun sonucunda da 2050 yılında dünya nüfusunun 8.909 milyara ulaşacağı hesaplanmıştır.

2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş üzerindeki kişi sayısının 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı öngörülmekte, 1998 yılında %10 olan yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %15 e çıkacağı ifade edilmektedir. **2050 yılı itibariyle dünyada yaşlı sayısı çocuk sayısının iki katı olacaktır.** En belirgin artış gösteren yaşlı kesimi 80 yaş üzerindeki olup, 2000 yılında 70 milyon olan bu grubun gelecekteki 50 yıl içinde beş katından daha fazla bir artış göstereceği saptanmıştır.

Dünya nüfusunda yaşlı oranındaki bu belirgin artışın nedenleri şu şekilde sıralanmaktadır: sosyal şartların düzelmesi, tıbbi bakım, beslenme, eğitim olanaklarının artması ve barınma koşullarının iyileşmesi.

Yaşlılık ve üretkenlik

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı; “**Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması**” olarak tanımlamıştır. Yaşlanma sürecinde kuşkusuz kişilerin yitirdikleri bazı yetenekler vardır, fakat geçen zamana karşın kalıcı olan pek çok yeteneğin varlığı da yadsınamaz. Kalıcı olan bu yeteneklerin bazıları ; bilgi, özellikle lisan bilgisi, plan yapabilmeyi kolaylaştıran hayal gücü, dikkat ve konsantrasyon, sorunlar karşısında pratik kararlar verebilme becerisi ve günlük yaşamdaki sorunların üstesinden gelebilme yeteneğidir.

Yaşlanan insanda beş duyudakiler başta olmak üzere bazı yetersizliklerin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Buna karşın yıllar boyunca zamanın süzgecinden geçen değerli bir tortunun oluşması ve ilerlemiş yaşın en büyük avantajının kişide bazı “kristalize” yeteneklerin gelişmesine neden olması da yadsınamayacak bir kazanımdır. Bu yetenekler insanın yaşamı boyunca geliştirdiklerinin özüdür ve yaşlılık bu anlamda “**Aktif ve bilinçli bir yaşamın başlangıcı**”dır.

Yaşlanmanın üretkenliği ne oranda etkilediği ise çoğu zaman tartışma konusu olmaktadır, çünkü bilindiği gibi pek çok sanat, felsefe ve bilim yapıtı 65 yaşın üzerindeki kişilerce yaratılmıştır. Bunlara örnek olarak; fizikçi Max Born'un 83 yaşında yazdığı "Doğabilimcilerin Sorumluluğu", coğrafyacı Alexander Von Humbolt'un 89 yaşında yazdığı beş ciltlik "Cosmos", filozof Martin Buber'in 76 yaşında yazdığı "Dialogun Prensipleri Üzerine Dersler", filozof Bertrand Russel'in 96 yaşında yazdığı "Felsefe Sanatı", müzik dehaları Guiseppe Verdi'nin 80 yaşında yazdığı "Falstaff" operası ve İgor Stravinski'nin 84 yaşında yazdığı "Dini Mersiyeler" ile 92 yaşında ölene değin üreten Pablo Picasso'nun eserleri gösterilebilir.

Neden yaşıyoruz

Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerimizde azalmaya neden olan, süregen ve evrensel bir süreçtir. Vücudumuzun molekül, hücre, doku, organ ve sistemlerinde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümüne "Yaşlanma" diyoruz.

Gerçek "Biyolojik" yaşlanma değişik kişilerde farklı hızlarda olmaktadır. Çünkü hepimizin genetik özellikleri, yaşam tarzımız, yaşamımız boyunca yakalandığımız hastalıklar, geçirdiğimiz kazalar, yaralanmalar ve hepimizin bedensel olarak bunlar ile başa çıkabilme yollarımız çok değişiklikler arz etmektedir.

Normal yaşlanma sürecinde zamana bağlı olarak ortaya çıkan değişiklikler organ sistemlerinin rezervlerindeki azalma ile birleşince işlev kayıpları ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle de vücudumuzun çeşitli streslere ve değişen koşullara uyumu azalmaktadır.

Yaşlanmanın karakteristik özellikleri

1-Organ sistemlerinin rezerv kapasitelerinde azalma (özellikle stres periodlarında belirginleşme), 2-Homeostatik kontrolde azalma (termoregülasyon- vücut ısısını düzenleyen- sisteminde bozukluk, baroreseptör duyarlılığında azalma), 3-Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinde azalma (pozisyon değişikliği ile ortaya çıkan ortostatik hipotansiyon, değişen ısıya adaptasyonda zayıflık), 4-Stres cevap kapasitesinde azalma (ateş, anemi). Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan ve giderek artan bu kayıpların sonunda; kişi hastalıklara ve yaralanmalara karşı korunmasız bir hale gelmektedir.

Yaşlanan popülasyonun gereksinimleri de değişmektedir. Çalışmalar yaşlı popülasyonun genç popülasyona göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını

göstermektedir. Kronik hastalıklar ve özürllülükteki dramatik artışlar nedeni ile uzun dönem bakım hizmetlerine (huzurevleri, bakımevleri vb) duyulan gereksinim artmıştır. Yaşlı bireylerin önceki yetilerini geri kazanmaları için uzun bir süreye gereksinim vardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde bakım evlerindeki yatak sayısının hastaneleri geçtiği bildirilmektedir. Araştırmalara göre bakımevinde kalan her bireye karşılık toplum içinde 2-3 birey profesyonel olan ya da olmayan bireyler tarafından bakılmaktadır.

Kronik hastalıklar hızla artmaktadır. Üç temel hastalığın (kalp ve damar sistemi hastalıkları, kanser ve inme) tedavisindeki gelişmeler ile, bu hastalıklar tam olarak iyileşme ile sonuçlanmasalar da yaşlı hastaların yaşam süreleri uzamaktadır. Yine bazı hastalıklar (kronik akciğer hastalıkları, Alzheimer, Parkinson, duyu ve görme bozuklukları) bireyin yetisinde belirgin azalmalara neden olmaktadır. Bunlar yaşlılarda görülen hastalıklardır ve yaşam süresinin uzaması ile gelecekte daha sık görülür olacaktadırlar. Ayrıca ölüm ile ilgili istatistiklerde yer almayan, fakat önlenemeyen Alzheimer, Parkinson, Osteoporoz ve Osteoartroz gibi hastalıklar ölüme neden olmasalar da ciddi özürllülüğe neden olmaktadır. Tüm hastalıklarda amaç işlevlerin iyileştirilmesi veya aynı düzeyde kalmasının sağlanmasıdır. Dolayısı ile yaşlı sağlığı açısından tedavinin amaçları arasında yaşam kalitesinin yüksek tutulması önemli yer tutmaktadır.

Etik boyut

Yaşlı sağlığı ile ilgilenen klinisyenlerce göz ardı edilmemesi gereken temel konulardan biri etik kavramıdır. Etik boyut; klinik koşullarda o anda ne yapılması gerektiği ve tıbbi tercihle ilgili olarak hastaya yardım edilmesi konusunda pratikteki kararlardır. **Tıbbın insan bedenine müdahalesinin amacı yaşamın sürdürülmesine hizmet edilmesidir.** Herhangi bir karar aşamasında da bunun hasta ile birlikte ortak olarak alınmış bir karar olması gerekir ki; o zaman da gündeme “**aydınlatılmış onam**” konusu gelir. Amaç bilgilendirdikten sonra hastadan gerekli girişim için onay alınmasıdır, çünkü kişinin bedensel bütünlüğü yasa ve etik değerler veya kurallarca korunmuştur. Yaşlı hastanın kendisine anlatılan bilgiyi anlaması ve karar vermesi aşamasında hekime büyük sorumluluk düşmektedir.

İnsan yaşamı uzadıkça sağlık harcamaları artmakta, yaşlılar tüketici bir nitelik kazanmakta, üretime katkı payları azalmaktadır. Operasyon, diyaliz ve organ nakli gibi konularda genellikle genç hastalar yaşlılardan daha şanslıdır, oysa hasta biyolojik bir canlı değildir ve “**İnsan olmanın getirdiği bir saygınlığı vardır**”.

Etik açıdan Hipokratik bir gelenek olan; Yararlılık ve zarar vermeme ilkeleri yanında çağdaş dünyanın getirisi olan; hasta özerkliğine saygı ve adalet ilkelerini göz önünde

bulundurmak gerekir. Özerklik; bireyin özgür ve herhangi bir dış baskı altında kalmadan, bağımsız olarak kendi başına düşünebilme, kendi hakkında karar verebilme ve bu karara dayanan bir eylemde bulunabilme akli yeterliliği içerisinde. Yaşlılık döneminde Alzheimer, Demans gibi, akli yeterliliği gösterir yetilerin sağlam olmaması halinde yaşlıyı temsil eden kişinin (vekil) tayini gerekir. Potansiyel vekiller; eş, çocukları veya hekimdir. Klinisyenlerin göz önünde bulundurması gereken önemli bir nokta şudur: Hasta tercihi ile vekil tercihleri arasında ciddi farklılıklar olabilir ! Tıbbi vasiyetin büyük önemi vardır. Yeterlilik kaybı önceden görülebilmeli, vekil tayini ihmal edilmemelidir.

Yaşam destek sistemleri ile ilgili olarak; DNR- Do Not Resuscitate (Yaşama döndürme işlemlerinin yapılmaması), diyalizin kesilmesi veya suni beslenmenin-sıvı desteğinin sonlandırılması aşamalarındaki kararlar son derece kritik kararlardır. Hasta ile yakınları arasındaki çıkar çatışmasında; hekim hastadan yana tavır almalıdır.

Yaşlılığın sosyal boyutu

1999 yılı dünya sağlık Örgütü tarafından “**Uluslararası Yaşlılar Yılı**” olarak belirlenmiş, yaşlıların ailelerine ve topluma katkıda bulunmayan insanlar olarak algılanmalarının yanlış olduğu vurgulanarak aktif ve üretken bir yaşlılık sürecinin önemi üzerinde durulmuştur. Ailesel, sosyal ve çevresel faktörleri kapsayan doğru bir yaşam tarzı yanında sosyal eşitsizlik ve yoksulluğun azaltılmasına yönelik politikalar da yaşlılık sürecinin en iyi şekilde yaşanabilmesine destek olacaktır.

Pek çok platformda gündeme getirilen 1982 “**World Assembly on Ageing**” raporundaki önemli noktaları tekrar anımsatmakta yarar vardır; yaşlılar fiziksel ve mental olarak kötüye kullanılmamalı, toplumun sosyal, eğitsel ve kültürel kaynaklarını kullanabilmeli, yaşlı birey potansiyelini geliştirme şansına sahip olabilmeli, nerde yaşarsa yaşasın temel özgürlük ve insan haklarına sahip olmalı, hastalıklardan korunmak için sağlık hizmetlerinden rahatlıkla yararlanabilmeli, olabildiğince uzun süre kendi ortamında yaşayabilmeli, yeterli gelire sahip olmalı, güvenli bir çevrede yaşayabilmeli, kapasite ve ilgi alanına göre hizmet verebilmeli, iş gücüne katılabilmeli, bilgi ve deneyimlerini genç kuşaklara aktarabilmek için kendi ile ilgili politikaların saptanmasında aktif rol alabilmelidir.

2002 yılındaki “**Uluslararası Yaşlanma Asamblesi**” tarafından yayınlanan “**Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı**”nın amacı; “**Her yerde insanların güvenli ve saygın şekilde yaşlanmalarını ve toplumlarında bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşamaya devam etmelerini garanti etmek**” şeklinde ifade edilmektedir.

Yaşlı nüfusun her türlü gereksinimlerinin karşılanabilmesi için gereken toplum kaynaklarının ivedilikle artırılması elzemdir, çünkü yaşlılar göz ardı edilemeyecek bir oy potansiyelinin oluşturduğu ciddi bir baskı unsuru haline gelmektedir.

Uzun yaşamak

Ünlü piyanist Eubie Blake, 100. doğum gününde *“Bu kadar uzun yaşayacağımı bilseydim, kendime daha çok dikkat ederdim”* demiştir.

İnsanın kendine fiziksel, duygusal, sosyal, ruhsal ve ekonomik açıdan daha iyi bakabilmeye çalışması, emeklilik döneminde yaşamını yeniden düzene sokması, bu aşamada önüne çıkan olanakları değerlendirmesi ve yaşamının son dekatlarını heyecanlı bir hale getirmesi; **yaşamına yıllar katarken yıllara da yaşam katması** temel hareket noktaları olmalıdır.

Yüzyıllar öncesinden gelen “uzun yaşamın sırları” şunlardır:

- Çevreniz ile yakın ve canlı bir ilişki sürdürünüz
- Yeni tecrübelerle karşı açık fikirli olunuz
- Kişisel bilgilerinizi artırmak için istekli olunuz
- Başkalarına karşı ilgili olunuz
- El, zihin ve diğer becerilerinizi sürekli kullanarak koruyunuz
- Yaratıcı düşüncelerinizi geliştirmeye çalışınız.

Günümüzde bunlara ilave edilmesi gereken öneriler ise şu şekilde sıralanabilir:

- Çok uzun yaşayacağınızı farz ediniz
- İleri yaşlarınız en güzel yıllarınız olabilir, planlar yapınız
- Kendinizi iyi hissetmenizi sağlayacak hobiler, uğraşlar bulunuz
- Aileniz, dostlarınız ve arkadaşlarınızla ilişkide kalınız, yaşamı paylaşınız
- Fiziksel olarak aktif olmaya çalışınız
- Bilinçli besleniniz; sebze, meyve, süt ürünleri ve tahıl tüketmeyi ,su içmeyi ihmal etmeyiniz
- Kötü alışkanlıkları; sigarayı, alkolü bırakınız
- Yaşama olumlu, yapıcı ve esprili bir gözle bakmaya çalışınız
- Başarılı ve üretken kalabilmek için önce “sağlık” ilkesini benimseyiniz,sağlık kontrollerinizi ihmal etmeyiniz
- Kazalardan korunmak için bir işi yapmanın en güvenli yolunu araştırınız
- Yapabileceklerinizi belirleyiniz, kendinizi zorlamayınız
- Sizde oluşabilecek değişiklikleri öngörünüz ve plan yapınız
- Evinizin düzenlenmesinde, alış verişlerinizde öncelikle kendi konforunuzu düşününüz

- Mali durumunuzu gözden geçiriniz, gerekirse yardım isteyiniz
- Herşeyi tek başına yaşamaya çalışmayınız
- Koşullar değişebilir, uyum sağlamaya çalışınız
- Başkalarına yardımcı olabileceğiniz pek çok konu, size gereksinimi olan pek çok insan var, bunun bilincinde olunuz
- Dışarıda koskoca bir dünya var, farkında olunuz
- Yaşlanma doğal ve evrensel bir süreçtir kabul ediniz ve Thomas Dekker'in sözlerine kulak veriniz; **“Yaş da sevgi gibidir; saklanamaz”**.

Bölüm 2

Yaşlanan toplum

Prof.Dr.Nazmi Bilir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Hacettepe Üniversitesi GEBAM Yönetim Kurulu Üyesi

Toplumlar yaşlanır mı?

Canlılar doğduktan sonra büyür ve gelişirler. Büyüme ve gelişmenin ileri bir evresi yaşlılık dönemidir ve yaşamın kaçınılmaz bir sonucudur. Yaşlılıkla ilgili olarak değişik yaklaşımlar ve tanımlamalar olmakla birlikte çoğunlukla benimsenen ölçüye göre 65 yaş ve üzerindeki kişiler “yaşlı” olarak değerlendirilir. İnsanlar uzun yaşamayı arzu ettiklerine göre yaşlanma gerçekte arzu edilen bir durumdur. Geçtiğimiz yüzyıl içinde dünyanın tanık olduğu önemli bir olgu yaşlı nüfusun artışı olmuştur. Yaşlanma tek tek kişilerin yaşamı ile ilgili bir özellik olmakla birlikte, toplumlarda yaşlı kişilerin artması durumunda toplumların yaşlanmasından söz edilir olmuştur.

Günümüzden 200-300 yıl kadar öncesinde pek çok kişi salgın hastalıklar nedeni ile erken yaşlarda yaşamını kaybetmekteydi. Yine o yıllarda savaşlar da çok sayıda gencin ölümüne neden olmaktadır. Günümüzde salgın hastalıkların kontrolü konusunda önemli başarılar sağlanmış, doğum hizmetleri ve çocuk bakımı konusundaki gelişmeler sonucu bebek ve çocuk ölümleri azalmaya başlamıştır. Böylece insanlar daha uzun yaşama olanağına kavuşmuşlardır. Eski yıllarda ortalama yaşam süresi 40-45 yıl dolayında iken günümüzde doğan bir bebeğin 70-80 yaşına kadar yaşadığı bilinmektedir. yine eski yıllarda her 100

kişiden 4-5 tanesi 65 yaşına ulaşabilirken günümüzde gelişmiş ülkelerdeki 100 kişinin 15-20 tanesi 65 yaşına ulaşmaktadır.

İnsan ömrünün uzaması arzu edilen bir durum olmakla birlikte, yaşlıların sayısının artması, çeşitli hizmetlerin yeniden düzenlenmesi gereğini ortaya çıkarmıştır. Önceleri çoğu bulaşıcı hastalıklar şeklinde olan çocukların sağlık sorunları ön planda iken, yaşlanan toplumlarda yüksek tansiyon, kalp-damar hastalıkları, kronik bronşit, şeker hastalığı, çeşitli kanserler, osteoporoz, ruhsal sorunlar gibi ileri yaşların sağlık sorunları giderek önem kazanmaya başlamıştır. Çocuklarda sık olarak görülen bulaşıcı hastalıklar genellikle kısa sürede sonlanan hastalıklardır. Buna karşılık yaşlılarda görülen hastalıklar uzun süreli bakım ve tedavi gerektiren – kronik – hastalıklardır. Her üç yaşlıdan iki tanesinde sayılan hastalıklardan biri veya birkaç tanesi bulunur. Bu yüzden yaşlı nüfusun fazla olduğu toplumlarda bir yandan ileri yaşların hastalıklarına yönelik bakım ve tedavi programları yapılırken, bir yandan da bu hastalıklardan korunmak için çeşitli arayışlar başlamıştır.

*İnsanların yaşam süresi uzayınca
yaşlılıkta ortaya çıkan sağlık sorunları
önem kazanmaya başlamıştır.*

Yaşlılık sorunlarına toplumsal yaklaşım nasıl olmalı?

Yaşlanma bireylerle ilgili bir özellik olmakla birlikte yaşlı nüfusun artması toplumsal bir konudur. Bu nedenle yaşlılık sorunlarının çözümü bakımından da konuya toplumsal olarak yaklaşım yapılması ve toplumsal düzeyde çözüm üretilmesi gereklidir. Yaşlılık sorunlarının toplumsal çözümü için yapılması gereken başlıca yaklaşımlar ve düzenlemeler şu şekilde sıralanabilir:

1. **Yaşlı nüfusun sayısını belirleme:** Bir konuda doğru fikir üretme ve doğru planlama yapma bakımından hizmet verilecek olan grubun sayısının bilinmesi önemlidir. Toplumların gelişmişlik düzeyleri ile bağlantılı olarak 65 yaş ve üzerindeki grup toplumda yüzde 4 ile 15 arasında pay alır. Ülkenin nüfusu da dikkate alınarak yaşlıların sayısı belirlenmeli ve yaşlılara yönelik planlamalar bu sayıya göre yapılmalıdır.

2. 2. **Yaşlıların sağlık sorunlarını belirleme:** Yukarıda belirtildiği gibi yaşlı kişilerin pek çoğunda çeşitli hastalıklar vardır. Ancak bu hastalıkların önemli bir kısmı da gözden kaçmaktadır. Bu yüzden yaşlıların sağlık sorunlarının saptanması bakımından “önemli” sayılan hastalıklara yönelik hasta bulma çalışmaları yapılmalıdır. Hasta bulma çalışmaları aktif veya pasif yaklaşımlarla yapılabilir. Bir plançer çevresinde toplumda taramalar yapmak suretiyle aktif olarak hasta bulma çalışmaları yapılabilir. Öte yandan, herhangi nedenle sağlık kuruluşlarına başvuran yaşlılarda hipertansiyon, diyabet, kalp-damar hastalığı gibi sağlık sorunları ve görme-ışitme, hareket kısıtlılığı gibi fizyolojik değişiklikler yönünden değerlendirme yapılmak suretiyle de pasif olarak hasta bulma çalışması yapılabilir. Bu çalışmaların bazı durumlarda yaşlıların evlerine götürülmesi, yaşlıların muayenelerinin evlerinde yerine getirilmesi gerekebilir. Bu çalışmalar esas olarak birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yerine getirilmelidir, ancak gerektiğinde kesin tanı bakımından ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarının desteği de sağlanmalıdır.
3. 3. **Yaşlıların sosyal sorunlarını belirleme:** Yaşlılarda belirgin bir hastalık biçiminde olmasa bile, birtakım fizyolojik kısıtlılıklar yüzünden, sosyal bakımdan da çeşitli sorunlar olabilir. Bunlar arasında yalnızlık, kendine yeterlilik, yeteri kadar sosyal ilişki içine girmeme gibi konular sayılabilir. Ankara’da Atındağ ilçesindeki çalışmada yaşlı erkeklerin üçte ikisi yaşlılığı hastalık, ihtiyarlık, kötü bir şey, ölüm şeklinde değerlendirmişlerdir. Kadınların ise dörtte üçü benzeri değerlendirmeyi yapmışlardır. Erkeklerin ancak %20’si ve kadınların da %13’ü yaşlılığı “iyi bir şey, saygı görmek” şeklinde algıladıklarını belirtmişlerdir. Yaşlıların sağlık sorunlarının yanı sıra sosyal sorunları zamanında saptanmaz ve uygun yaklaşımlarla çözüme kavuşturulmazsa, zaman içinde başka sağlık sorunlarının gelişmesine de zemin hazırlayabilir.
4. 4. **Yaşlılara yönelik tedavi ve izlem programı yapma:** Yaşlıların sağlık sorunlarının saptanmasından sonra uygun bir tedavi programı da yapılmalıdır. Yaşlılarda görülen sağlık sorunları kronik ve dejenratif hastalıklar grubundan bir hastalık olduğundan, tedavi programı sıklıkla bazı diyet düzenlemeleri ve ilaçları içerir. Bu tedavi programının düzenli ve sürekli olarak uygulanması gereklidir. Bunu sağlamak bakımından iyi bir izleme programına gereksinim vardır. Tedavi ve izlemenin başarılı olması için birinci basamak sağlık kuruluşlarının yeri ve rolü

önemlidir. Bazı yaşlılar evlerinden çıkmakta güçlük çekebileceği için bu kişiler için sağlık hizmetinin evde verilmesi gerekebilir. Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde evde bakım konusunda önemli gelişmeler sağlanmıştır.

5. 5. **Yaşlılara yönelik eğitim programı yapma:** Bu eğitim çalışmalarında yaşlılığın özellikleri, yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişimler ve sağlık sorunları ile bunlara yönelik çözüm yaklaşımları anlatılmalıdır. Eğitim programları yalnızca yaşlılara yönelik olmamalı, yaşlıların yakınları başta olmak üzere toplumdaki herkesin bu programlara katılımı ve etkileşimi sağlanmalıdır. Eğitim çalışmaları konferans, seminerler şeklinde olabileceği gibi, poster ve broşürler, hatta radyo, televizyon, gazete ve dergiler bu amaçla kullanılabilir.

Yaşlıların sağlık sorunlarının çözümü
ve yaşlılara sosyal destek sağlanması için
sistemli çalışmalar yapılmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaklaşımı

Dünya Sağlık Örgütü uzmanlarından oluşan bir komite yaşlılık sorunlarını görüşmek ve çözümler üretmek amacı ile ilk kez 1982 yılında Viyana'da bir araya gelmiştir. Aradan 20 yıl geçtikten sonra bu komite 2002 yılında Madrid'de ikinci kez toplanmış ve yaşlılık sorunlarının çözümüne yönelik ilkelerin yer aldığı "Uluslararası Eylem Planı" hazırlamıştır. Yaşlılık ve yaşlanma ile ilgili çeşitli konulara yer verilmiş olan bu planda, bir yandan yaşlıların sahip olmaları gereken bazı haklara işaret edilirken, bir yandan da yaşlılardan yararlanılması, böylelikle yaşlıların aktif halde tutulması bakımından neler yapılabileceği üzerinde durulmaktadır. Eylem planında yer alan başlıca konu başlıkları şu şekildedir:

- yaşlılar temel insan hak ve özgürlüklerinden yararlandırılmalıdır
- yaşlıların ekonomik etkinliklere aktif olarak katılmaları sağlanmalı, bu şekilde ekonomiye katkıda bulunmaları sağlanmalıdır
- yaşlılık ve yaşlanma konularında yaşam boyu öğrenme olanakları yaratılmalı, yaşlıların da öğrenmeleri bakımından fırsatlar yaratılmalıdır
- yaşlılar sağlık hizmetlerinden etkili şekilde yararlandırılmalıdır

- *gereksinmesi olan yaşlılara sosyal koruma sağlanmalıdır*
- *yaşlıların sağlık ve sosyal sorunları saptanmalı ve çözümlenmelidir*
- *yaşlılar karar verme sürecinde yer almalıdır*
- *bütün bu çalışmalarda hükümet, özel kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşları birlikte çalışmalıdır*

Türkiye’de durum:

Ülkemizde de geçtiğimiz 50-60 yıllık süre içinde yaşlı nüfus iki katı dolayında artış göstermiştir. Halen Türkiye’de 4 milyon kadar yaşlı insan yaşamaktadır. Bu sayının birkaç yıl içinde 5 milyona ulaşacağı, 2020-2025 yıllarında 8 milyon ve 2050 yılında da 12 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde de sık görülen hastalıklar ve önde gelen ölüm nedenleri bakımından geçtiğimiz 50-60 yıllık sürede dikkat çeken değişiklikler gözlenmiştir. 1930 ve 1940’lı yıllarda ölüm nedenleri olarak verem, zatürre, ishal gibi enfeksiyon hastalıkları üst sıralarda yer almaktayken günümüzde bu hastalıklar ölüm nedeni olarak önemini kaybetmiştir. Ülkemizde şimdilerde başta gelen ölüm nedenleri kalp hastalıkları, kanserler ve felç (inme) olarak sıralanmaktadır. Önceki yıllarda başta gelen ölüm nedenleri olan ishal, zatürre, verem gibi hastalıklar da sayıca çok azalmıştır. Sık görülen hastalıklar olarak özellikle yaşlılar arasında yüksek tansiyon en sık rastlanan hastalık durumundadır. Bundan başka kalp hastalıkları, şeker hastalığı, kronik bronşit ve amfizem ve en fazla akciğer kanseri olmak üzere çeşitli kanserler sık görülen hastalıklar arasında yer almaktadır. Bu hastalıklar bir yandan kişilerin yaşam kalitesini önemli şekilde bozarken, bir yandan da uzun süreli tedavi ve bakım gereksinimi ortaya çıkarmaktadır. Bu durumda ülkemizde de yaşlıların sağlık ve sosyal sorunlarına yönelik düzenlemelerin yapılması gereği ortaya çıkmaktadır. Bu amaçla özellikle birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından bölgelerindeki yaşlılarda ne tür sağlık sorunların bulunduğu saptanması, hastaların tespiti ve uygun tedavi-izleme programları yapılması gereklidir.

Bölüm 3

Yaşlılık döneminde sık görülen sağlık sorunları

Prof.Dr.Yeşim Gökçe Kutsal

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Öğretim Üyesi, Hacettepe Üniversitesi GEBAM Müdürü

**“Toplumun kalitesi ve dayanıklılığı yaşlı vatandaşlarına gösterilen
özen ve saygı ile ölçülür”.**

Toynbee

Günümüzde eskiye oranla daha uzun bir ömür sürme şansına sahip olmanın yaşam kalitesi artmadan bir anlamı olmayacağı ve sağlık beklentisinin yaşam beklentisinden çok daha önemli olduğu vurgulanmaktadır. Dolayısı ile genç popülasyonda tıbbın hedefi tedavi iken, geriatrik popülasyonda esas hedef; “yaşam kalitesinin korunmasıdır”.Sağlık çalışanları açısından yaşlıların işlevlerinin sürdürülmesi için, bu yaş gruplarında görülen belirtilerin azaltılabilmesine odaklanmalı ve öncelikle iyi hasta-hekim ilişkisine özen gösterilmelidir. Ayrıca hekim-bakıcı ve hekim-aile ilişkisi de son derece önemlidir.

Yaşlı hastanın değerlendirilmesi aşamasında bazı temel özellikler klinisyen hekimlerce göz önüne alınmalıdır. İleri yaştaki bir hasta hem akut, hem de kronik yani süregelen pek çok karmaşık psikososyal ve fiziksel patoloji, yani bozukluk nedeni ile hastanelere başvurabilir.Yaşlının özgül organ, sistem veya hastalık bazında değil işlevsellik bazında ve MULTİDİSİPLİNER yani değişik uzmanlık dallarını bir araya getirecek bir anlayış ile değerlendirilmesi gerekmektedir.Geriatrik değerlendirme yaşlılardaki değişik pek çok problemi kapsayan tanımlayıcı, açıklayıcı ve en önemlisi çözüm üretici bir tarz içinde yapılmalıdır.

Yaşlıların sağlık sorunları değerlendirilirken göz önüne alınması gereken temel ilkeler:

1-Yaşlılarda hastalıkların belirtileri değişkendir. Bu belirtiler hastalığın bulunduğu organ sisteminin belirtileri olmayabilir. 70 yaş üstü bireylerin %70 inde miyokard infarktüsü sırasında göğüs ağrısı yerine bilinç bulanıklığı, düşme, çarpıntı veya nefes darlığı olmakta, hipertiroidi (tiroid bezinin fazla çalışması) ise yaşlılarda taşikardi, terleme veya anksiyete yerine depresif ve apatik (ifadesiz) görünüm ile karşımıza çıkmaktadır.

2-Hastalıkların seyri özgün değildir. Yataktan çıkmama, yememe gibi hastalıklara özgün olmayan yakınmalar olabilir.

3-Yaşlılarda kayıt dışı hastalıklar sıktır; hasta, işitme kaybını, inkontinansını (idrar kaçırma), konstipasyonunu (kabızlık) , gece olan bacak ağrılarını, konfüzyonunu (bilinç bulanıklığı) veya diğer bazı yakınmalarını yaşlılığın doğal seyri kabul ederek öykü sırasında doktoruna bildirmeyebilir.

4-Yaşlı hastalarda birçok patolojik durum (bozukluk/hastalık) aynı anda var olabilir ve bunlara yönelik bir çok ilaç da kullanılıyor veya değişik tedaviler uygulanıyor olabilir.

5-Yaşlılarda polifarmasi-çoklu ilaç kullanımını oranı yüksektir. Öykü alınırken yaşlı hasta tarafından kullanılan ilaçların tümünün hekimi tarafından görülmesi ve bilinmesi önemlidir. Reçetesiz ilaç kullanım oranı yüksektir ve ayrıca genellikle hastanın aldığı ilaç türü/ dozu ile ona reçete edilen ilaç türü/dozu arasında farklar vardır.

Yaşlı hastanın değerlendirilmesi aşamasında işitsel, görsel ve algılamadaki bozukluklar ilk aşamada ele alınmalı, yardımcı cihaz kullanıp kullanmadığı sorulmalı ve eğer kullanıyorsa cihazın uygun olup olmadığı irdelenmelidir. Genellikle yaşlı hastanın bellek eksikliği veya demansı (bunama) olduğundan bir aile üyesinin veya hastanın bakımını üstlenen kişinin öyküyü teyit etmesi yararlı olacaktır. Bir diğer önemli nokta da, yaşlının beslenme özelliklerinin belirlenmesi ve uygunluğunun değerlendirilmesidir. Ayrıca günlük yaşam aktiviteleri ve fiziksel performansa yönelik bazı ölçekler uygulanmalıdır.

Geriatrik grupta değerlendirilmesi gereken diğer alanlar ise şöyle sıralanabilir: suistimal ve ihmal, afektif (duygu durum) bozukluklar, hastabakıcı stresi, kognitif (algısal) bozukluklar, bası yaraları, diş sorunları, ileri direktiflerin belirlenmesi (yaşamın sonu ile ilgili kararları verecek kişiler) ve gerekirse tartışılması, düşmeler, beslenme yetersizlikleri, yürüyüş anormallikleri, işitme bozuklukları, inkontinans (idrar kaçırma), tekrarlayan infeksiyonlar, osteoporoz, ayak sorunları ve bakımı, çoklu ilaç kullanımı, rehabilitasyon gereksinimleri, uyku ve görme bozuklukları.

Bilindiği gibi yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler her bireyde farklı tip ve hızda olmakta, heterojen bir özellik arz etmektedir, çünkü yaşlanmayı etkileyen genetik özellikler, çevre, psikolojik durum ve yaşam biçimi gibi birçok faktör bireyden bireye farklılık göstermektedir. Yaşlılarda sık görülen sağlık sorunları İngilizce'deki baş harfleri dikkate alınarak "Yaşlılığın 7 I'sı" olarak adlandırılmıştır:

1-Intellectual failure (Bilişsel yetersizlik),

2-Immobility (Hareketsizlik)

3-Instability (Dengesizlik)

4-Incontinence (İdrar-gaita tutamama)

5-Insomnia (Uykusuzluk)

6-Iatrogenic problems (Tanı veya tedavi girişimlerinden kaynaklanan sorunlar)

7-Involvement of the families (Ailelerin katılımı)

Yaşlılarda özenle değerlendirilmesi gereken belirtiler:

Baş Ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, baş dönmesi ve kabızlıktır. Dolayısı ile yaşlıların ve aile fertlerinin bu belirtileri “yaşlılıktandır” diyerek doğal karşılımları hatalı bir yaklaşımdır. Aksine bu belirtiler hekime mutlaka iletilmelidir

Baş ağrısı: Yaşlılarda ani olarak başlayan baş ağrısı beyin tümörüne veya temporal arterit denilen damar hastalığına bağlı olabilir. Boyun omurlarındaki kıkırdak dejenerasyonu (harabiyeti) veya kireçlenmeye bağlı olarak enseye yayılan baş ağrılarının olabileceği de göz önüne alınmalıdır.

Halsizlik: Aniden gelişirse miyokard enfarktüsü, beyin damarları ile ilgili hastalıklar veya bir infeksiyon yani mikrobik hastalık akla getirilmelidir. Sürengen bir şekilde gelişen halsizlik ise kalp hastalığını, kansızlığı, sürengen akciğer hastalıklarını, tiroid bezi hastalıklarını, idrar söktürücü ilaç alanlarda bu ilaçların olası yan etkisini ve bazı psikiyatri ilaçlarının yan etkilerini düşündürmelidir

İştahsızlık: Depresyon, sürengen karaciğer, böbrek veya mide-barsak sistemi hastalıkları yanında tat veya koku alma duyusunda kayıp olan yaşlılarda bu soruna bağlı yeme isteğinde azalmaya bağlı olabilir.

Baş dönmesi: Sıklıkla boyun damarlarındaki sorunlara bağlı olarak beyin kanlanmasında ortaya çıkan bozukluğa bağlıdır. İç kulak hastalıkları, beyincik ve beyin sapı ile ilgili sorunlar veya tansiyon düşmesi sonucunda gelişir.

Kabızlık: Beslenirken lifli besinlere yer verilmemesine, karın ve kalça adalelerinde kuvvet kaybına bağlı olarak gelişebilir.

Acil olarak hekim müdahalesi gereken durumlar

Gerek hekimler, gerekse yaşlılar ve yaşlıların yakınları tarafından göz önüne alınması gereken “acil” durumlar:

Göğüs ağrısı: Kalp damar hastalıklarına, infarktüse, atardamar yırtılmalarına, akciğer damarlarında tıkanıklığa, göğüs boşluğunda hava toplanmasına, zatürreye, kalp zarı iltihabına, safra kesesi hastalıklarına, ülsere, sinir ucu iltihaplarına, yemek borusu hastalıklarına veya kas iskelet hastalıklarına bağlı olabilir.

Bayılma: Beyin kan akımının azalmasına bağlı olarak gelişebilir. Kalp atımında düzensizlik, tansiyon düşmesi, damar sisteminde bozukluklar, beyin damarlarında tıkanıklık veya kanama, kalbin pompalama sistemindeki bozukluklar bayılmaya, bilinç kaybına neden olabilir.

*Bazı ilaçların da bilinç kaybı yapabileceğini göz önünde bulundurmak gerekir:

İdrar söktürücüler, tansiyon ilaçları, kalp ilaçları, depresyon veya başkaca psikiyatrik hastalıklar için kullanılan ilaçlar bayılmaya neden olabileceğinden bilinç kaybı gelişen hastaların yakınları mutlaka hastanın kullanmakta olduğu ilaçları hekime bildirmeli yada hastaneye giderken ilaçları yanlarına almalıdırlar.

Sindirim sisteminde (mide-barsak) kanama: Ciddi kanamalar hastanede takibi gerektirir.

İnfeksiyon: Özellikle idrar yolu infeksiyonları idrar kaçırma, karın ağrısı, bilinç bulanıklığı, iştahsızlık, bulantı, kusma ve şeker hastalarında kan şekerinin kontrol edilememesi gibi gençlere göre çok farklı belirtilere neden olabilir. Pnömoni yani zatürre ise yaşlılarda bilinç bulanıklığı, iştahsızlık, ateş, öksürük ile seyredir.

Sıcak çarpması: Yüksek ateş, merkezi sinir sistemi bozuklukları, terleme kaybı olur.

Hipotermi (ısı kaybı): Bilinç bulanıklığı, uykuya eğilim, konuşma bozukluğu, göz bebeklerinde genişleme, nöbetler, kalp atımında düzensizlik, kol, bacak uyuşmaları olabilir.

Geriatrik sendromlar

1-Inkontinans (idrar kaçırma)

Tedavinin temelinde doğru tanı yatar. Bu amaçla dikkatli bir nörolojik (sinirsel), pelvik, rektal ve mental (zihinsel) muayene yanında gerekli laboratuvar incelemeleri de yapılmalıdır.

2-Uyku bozuklukları

Hastane ortamı (yaşamsal) bulguların sık kontrolü, diğer hastaların ve hastanedeki cihazların gürültüsü, veya kronik hastalığın neden olduğu depresyon uyku bozukluğuna yol açabilmekte ve yaşlı hastanın gün boyunca halsiz kalmasına neden olmaktadır. Uyku bozukluğuna eşlik eden başkaca patolojilerin olup olmadığı da mutlaka araştırılmalıdır; deliryum, ilaç toksisitesi (zehirlenme), depresyon, anksiyete, huzursuz bacak sendromu, kronik ağrı sendromu, semptomların gece belirginleştiği konjestif kalp yetmezliği veya anjina (göğüs ağrısı) varlığı araştırılmalıdır.

3-Ağrı

Yaşlılarda sık rastlanan ağrılı durumlar (kansere dışındakiler) :

A-Damarsal kökenli ağrılar: Otoimmün (bağışıklık ile ilgili) hastalıklar: Temporal Arterit (şakak damarında iltihaplanma), İskemik hastalıklar (damarsal beslenmenin bozulması): Anjina Pektoris, Periferik vasküler (damarsal) hastalıklar, Damar tıkayıcı hastalıklar: Arteriyel (atardamar) veya Venöz (toplardamar) tıkanıklıklar

B-Nörojenik /sinirsel kökenli ağrılar: Sinir kökü basıları, Periferik nöropatiler, Postherpetik nevraljiler (örnek: zona zoster sonrası ağrılar), Talamik sendrom

C-Kemik kökenli ağrılar: Senil (yaşlanmaya bağlı) osteoporoz, Paget (kemik yapım ve yıkım dengesinin bozulması) hastalığı

D-Eklem kökenli ağrılar: Osteoartrit (eklem kireçlenmesi), Servikal-Lumbal spondiloz (omurgada kireçlenme), Eklemleri tutan diğer hastalıklar

E-Adale kökenli ağrılar: Polimiyaljiya romatika (adale romatizması), Hastalıklara veya ilaçlara ikincil miyopatiler (adale hastalığı), Fibromiyalji, miyofasiyal ağrılar (yumuşak dokuların romatizmaları), İmmobilizasyona (hareketsizliğe) bağlı adale ve tendon (adale kırışleri) kontraktürleri (kısalmaları).

F-Viseral (iç organ) kökenli ağrılar: Peptik ülser veya hiatal herni (fitiklaşma), Kolelitiyazis (safra kesesi taşı) , Divertiküller, Spastik kolon, Konstipasyon , Hemoroid

4-Düşmeler

Yaşlılardaki pek çok fizyolojik kayıp düşmeye neden olabilmektedir. Bunların başında görsel algıda bozukluk, postural instabilite (sabit durmada zorluk), hareketsizlik, ortostatik hipotansiyon, alt ekstremitelerde kuvvetsizlik ve vertigo (baş dönmesi) gelmektedir. Bu kişisel faktörlerin yanında yaşlılarda düşmeye neden oluşturabilecek çevresel faktörler, ilaç yan etkileri, diğer akut ve kronik hastalıklar, depresyon, apati ve konfüzyon da göz önüne alınmalıdır.

Yaşlılara yönelik taramalar

Yaşlı bireylere yönelik taramaların kapsamında; serum Lipid ve Kolesterol incelemeleri, osteoporoz açısından radyolojik değerlendirme, kemik yoğunluk ölçümleri, kan ve idrar incelemeleri, cilt kanseri danışmanlığı, işitme kaybına yönelik taramalar, hipertansiyon kontrolü, Pap smear, glokom ve vizüel keskinlik testleri, prostat taramaları, meme kanserine yönelik taramalar, kolon kanserine yönelik taramalar yer almalıdır.

Yaşlılara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri açısından önemli konular:

1-Kazalardan korunma: Yaşlılarda kazalara neden olabilecek tüm faktörler göz önüne alınarak; çevre düzenlemeleri yapılmalı ,yaşlı hastalarda ortaya çıkan bedensel ve zihinsel işlev bozuklukları göz önüne alınarak yaşlı ve yakınları oluşabilecek kazalar konusunda bilgilendirilmelidir. Yaşlılık dönemindeki kazalar ve yaralanmalar çeşitli sakatlıklara neden olmakta ve hatta bazen ölümcül seyredebilmektedir.

2-Görmenin ve işitmenin korunması: Önlenebilecek olan görme ve işitme kayıplarının erken tanısı açısından yaşlılar oftalmolojik ve odyolojik (Göz ve Kulak,Burun,Boğaz kliniklerinde) kontrollerini ihmal etmemelidirler.

3-Bağışıklık ve aşılama:Özellikle solunun sistemi hastalıklarının seyrini hafifletebileceği için

Pnömonokok ve influenza aşılı önemslenmelidir.Sık yaralanma geçirme riski olan yaşlılarda tetanoz aşısı da korunmada önemli bir yer tutar.

4-Kanser araştırmaları :Erken tanı koyulursa seyri değişebilen bazı kanser türleri açısından yaşlıların düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırılmaları önemlidir.

5-Anemi-Kansızlık:Yaşlılarda kansızlık görölme oranı gençlere göre daha yüksektir.Nedeni sıklıkla demir eksikliğidir.Anemisi olan hastalarda gizli kalmış kanama odakları araştırılmalıdır.Beslenme bozukluğu veya gizli infeksiyonlar da anemi nedeni olabilmektedir. Aneminin nedeni detaylı olarak araştırılıp bulunmadan tedaviye başlanmamalıdır.

6-Nörolojik ve Psikiyatrik işlevler: Yaşlıların olanaklar çerçevesinde zihinsel faaliyetlerini sürdürmeye çalışmaları,dış uyarılara açık olmaları bu yetilerinin korunmasında yardımcı olacaktır.Nörolojik ve Psikiyatrik işlevler şu nedenlerle bozulabilmektedir: hastalık nedeni ile eve kapanıp kalarak dış dünya ile ilişkinin kesilmesi, bir yakının vefatı veya uzun süre hastanede kalmak.Bu anlamda hasta yaşlıların sık ziyaret edilmesinin değeri büyüktür, beden ve ruh sağlığı bir bütün olarak algılanmalıdır.

Ayrıca yaşlılara üretkenliklerini sürdürebilecekleri ortamlar yaratmak, onları bu anlamda desteklemek, yüreklendirmek, örneğin; danışmanlık yaparak deneyimlerini aktarabilecekleri düzenekler oluşturmak yararlı olmaktadır.

7-Beslenme:Yaşlılar kötü beslenme açısından risk grubu oluşturmaktadırlar.İleri yaşlarda kötü beslenme nedenleri şunlardır:ekonomik zorluklar,eğitim düzeyinin düşük olması,dış sorunları ve zihinsel fonksiyonlarda yetersizlik.Her yaşlı bireyin doğru ve bilinçli beslenme açısından hekimlerce uyarılması,eğitilmesi ve diyetinin denetlenmesi gereklidir.

8-Ayak bakımı: Yaşlılarda ayak bakımı çok önemlidir. Özellikle diyabetiklerde ve damar hastalığı olanlarda ayak dokularının beslenmesi bozulacağı için parmak derileri her türlü darbeye duyarlı hale gelmekte, yaralar oluşabilmekte ve zor iyileşmektedir.Ayakların günlük temizliğinin ve bakımının aksatılmaması gerekmektedir.

9-Sigara sorunu:Sigaranın solunum sistemine,kalp ve damar sistemine ve kemiklere zararlı etkileri bilinmektedir.Tüm hekimlerin bu konuda duyarlı olmaları ve hastaları bilgilendirmeleri, bu toplum sağlığı sorununa çözüm üretmek açısından yararlı olacaktır.

10-Egzersiz: Fiziksel uyumun artırılması, sağlıklı ,aktif ve bağımsız bir yaşam sürölmesi açısından düzenli olarak yapılan egzersizin önemi vardır.Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzmanı hekimlerce muayenesi yapılan yaşlının sağlık durumuna ve fiziksel kapasitesine uygun bir egzersiz programı önerilir ve periyodik kontroller ile çeşitlendirilir, dolayısı ile her egzersiz ve rehabilitasyon programı ister hasta ister sağlıklı olsun,kişiye özel olarak hazırlanır.

Yaşlılarda yeti kaybına, özürlülüğe ve ölüme neden olan durumlar:

Yaşlılarda mortalite (ölüm) nedenleri

Demans (bunama), kanser, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, anfizem/kronik havayolu hastalıkları, diyabetes mellitus, anemi (kansızlık)

Yeti kaybı ve mortalite nedenleri

Kognitif (algısal) bozukluklar, inme (beyin damarlarında tıkanma veya kanamaya bağlı felçler), diyabet (şeker hastalığı), kronik havayolu hastalıkları, koroner arter hastalığı, hipertansiyon

Yeti kaybı ve özürlülük nedenleri

Parkinson Hastalığı, görme sorunları, kalça kırıkları, artritler ve eklem replasmanları (yapay eklemler), inme ,amputasyon (kol veya bacakların kopması ya da cerrahi olarak kesilmesi) , spinal kord (omurilik) zedelenmesi ve travmatik beyin hasarıdır.

Geriatrik rehabilitasyon

“Modern tıp yaşama yıllar kattıkça, rehabilitasyon da bu yıllara yaşam katmak için daha da gerekli olmaktadır”

Rusk & Kottke

Beklenen yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlı popülasyonun giderek artması; gerek fiziksel yetilerin kaybı, gerekse bu yaş grubunda görülen kronik ilerleyici hastalıklara bağlı olarak gelişen yeti kayıpları geriatrik rehabilitasyona verilen önemi daha da artırmaktadır. Yaşlı bireylerin kaybettikleri fiziksel yetilerini tekrar kazandırmak, günlük yaşamda bağımsız veya en az bağımlı hale getirmek, fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan yaşam kalitesini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak rehabilitasyonun ana hedeflerini oluşturmaktadır.

Yaşlılara yönelik rehabilitasyon programlarının hazırlanması aşamasında aşağıdaki noktalar önem kazanmaktadır:

1-Sinir sistemi, kas iskelet sistemi, kalp damar ve dolumun sistemi açısından yaşlının fiziksel durumu ve sahip olduğu işlevsel düzey belirlenmeli ve bireye özgü bir program hazırlanmalıdır.

2-Yaşlı hastanın ve ailenin beklentileri göz önüne alınmalı, gerçekçi hedefler belirlenmelidir.

3-Eşlik eden psikolojik veya psikiyatrik sorunlar rehabilitasyona yanıtı yavaşlatacağından hızla ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır.

4-Egzersiz programları yaşlı hastanın öğrenme potansiyeli göz önüne alınarak mümkün olduğunca basite indirgenmelidir.

5-İlaç tedavileri olabildiğince azaltılmalıdır.

6-Hareketsizlikten kaçınılmalıdır.

7-Hedeflenen düzeye ulaşmanın yavaş olacağı veya bazı yitirilmiş işlevlerin tekrar geri kazanılmayabileceği konusunda yaşlı hasta ve ailesine bilgi verilmelidir.

8-Rehabilitasyon multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğinden, yaşlı sağlığı ile ilgili diğer tüm uzmanlık dallarının rehabilitasyon ekibine katılımı sağlanmalıdır.

9-Rehabilitasyon uzmanı hekim tarafından düzenli aralıklar ile yaşlı hasta değerlendirilmeli, varılan düzey saptanmalı ve tedavi şemasında gerekli değişiklikler veya uyarlamalar yapılmalıdır.

Yaşlı bakımının en temel bileşenlerinden biri olan rehabilitasyon, tıp eğitiminde ve sağlık hizmetlerinde son derece önemli bir süreç olmasının yanı sıra işlev, anatomi ve yaşam kalitesi kavramlarını öncelikli kılan filozofik bir yaklaşım özelliği de taşımaktadır.

Son söz

Her tıbbi sorun ve uygulamanın yaşlı ile ilgili önemli ayrıcalıkları vardır ve bunları bilinçli olarak öğretmek ve uygulamak gerekir. Unutulmamalıdır ki, “her yaşlı birey toplum içinde aktif olma ve aktif yaşlanma şansına ve hakkına sahip olmalıdır”.Başarılı ve üretken yaşlanmanın yolu da “Sağlıklı yaşlanma”dan geçer. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık güvencesine kavuşabilme, mevcut sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması, yataklı ve temel koruyucu sağlık hizmetlerinin tatmin edici bir düzeye ulaşması, doğal olarak hem yaşam süresini uzatacak, hem de yaşam kalitesini arttıracaktır.1943 yılında yapılan araştırmalarda yaşlıların gereksinimlerine yönelik olarak hazırlanan listelerinin başında gelen; “fizyolojik sorunların giderilmesine yönelik bakım” konusu, günümüzde yerini “istek ve beklentilerin gerçekleştirilmesi” konusuna bırakmıştır. Bunları “güvenli ortamlarda yaşayabilme” ve “itibar, hürmet ve saygı görme beklentisi” konuları takip etmekte, “fizyolojik bakım” ise son sırada gelmektedir.

Hekimlerin yaşlanan nüfusun gereksinimlerini en iyi şekilde karşılamak üzere eğitim almaları ve deneyim kazanmaları; yaşlı bireylerin toplum içinde aktif olmalarına ve aktif yaşlanma şansına ve hakkına sahip olmalarına önemli bir katkı sağlayacaktır. Bu açıdan pratisyen meslektaşlarımız ve tüm uzmanlık dallarındaki hekimler son derece anlamlı bir misyon üstlenmektedirler, dolayısıyla gerek temel tıp eğitiminin ve gerekse tüm uzmanlık

eğitimlerinin her aşamasında “yaşlı sağlığı” konusu ele alınmalı, pediatriye verilen önem geriatriye de verilmelidir.

Bölüm 4

Sağlığın korunması

Prof.Dr.Nazmi Bilir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Hacettepe Üniversitesi GEBAM Yönetim Kurulu Üyesi

Sağlığın korunması kavramı

İnsanoğlu var olduğu günden beri hastalıklardan korunmak ve hastaları iyileştirmek amacı ile çeşitli çabalar göstermiştir. Çok eski çağlarda hastalıkların ve felaketlerin doğa üstü güçler tarafından meydana getirildiği düşünöldüğünden hastalıklardan korunmak amacı ile tanrılara hediyeler, kurbanlar verilmiş, onları hoş tutmak için çaba gösterilmiştir. Zamanla hastalıkların nasıl meydana geldiği konusundaki bilgilerin gelişmesi, hastalıklardan korunma bakımından daha gerçekçi yaklaşımları gündeme getirmiştir.

Yeni doğan bebekler hemen daima sağlıklı olarak doğarlar. Sağlık hizmetlerinin ve sağlık çalışanlarının amacı da, sağlıklı doğan bu bebekleri hastalıklardan korumak suretiyle sağlıklı yaşatmaktır. Hastalıklardan korunan bebekler sağlıklı olarak büyürler ve sağlıklı olarak yaşlanırlar. Ancak, ilerleyen yaş ile birlikte yüksek tansiyon, şeker hastalığı, kronik bronşit, kalp hastalığı gibi bazı hastalıkların görölüşü de artar. Bununla birlikte bu hastalıklar yaşın ilerlemesinin doğal bir sonucu değildir. Çocukluk ve gençlik yıllarında sağlıklı davranış kurallarına uymak suretiyle bu hastalıkların çoğundan başarılı şekilde korunma sağlamak mümkündür.

Hastalıklardan korunmak bakımından başlıca iki tür yaklaşım söz konusudur. Bunlar, çevresel faktörlerin düzeltilmesi ve sağlıklı yaşam davranışlarıdır. Çevremizde bulunan ve sağlığımız üzerinde olumsuz etki yapabilecek olan faktörlerin tespit edilmesi ve onların düzeltilmesi hastalıklardan korunmak bakımından önemlidir. Örneğin soluduğumuz havanın kirli olmaması, yediğimiz yiyeceklerin, içtiğimiz suyun hastalık etmenleri ile bulaşmış olmaması hastalıklardan korunmada etkilidir. Sağlıklı yaşam davranışları olarak da düzenli egzersiz yapılması, beslenmeye dikkat edilmesi ve sigara kullanılmaması çok önemlidir. Çevresel faktörlerin olumlu hale getirilmesi ve sağlık yaşam kurallarına uyulması ile pek çok

hastalıktan etkili ve başarılı şekilde korunmak mümkündür. Bu tür korunmaya “**birincil korunma**” adı verilir.

Sağlığın korunması çalışmaları hastalıkların tedavisine göre daha kolay, daha ucuz, daha ekonomik, daha insancıl ve daha başarılıdır.

Birincil korunma yaklaşımları hastalıklardan korunma bakımından çok yararlı olmakla birlikte, bu uygulamaların hepsi tam olarak yerine getirilememektedir. Beslenmenin sağlığa uygun olması, yani yeterli ve dengeli beslenme veya düzenli egzersiz yapılması, sigara içilmemesi gibi konular kişilerin davranışları ile ilgilidir ve herkes tarafından tam olarak yerine getirilmeyebilir. Birincil korunma için yapılan bütün çabalara rağmen bazı hastalıklar ortaya çıkabilir. Bu durumda da, meydana gelen hastalığın “erken dönemde” saptanması amaçlanır. Hastalıkların erken tanısı şeklindeki koruyucu yaklaşımlara da “**ikincil korunma**” adı verilir. Sağlığı koruma yönündeki bütün çabalara rağmen kişide hastalık tablosu ortaya çıkmışsa, o zaman da hastalığın en iyi şekilde tedavi edilmesine çalışılır. Ayrıca hastalık nedeniyle bir sakatlık veya iş gücü kaybı meydana gelmişse, bu durumda hastanın yeni bir yaşama alıştırılması (rehabilitasyon) gerekir. Hastanın tedavisi ve rehabilitasyonu çalışmaları da “**üçüncül korunma**” olarak adlandırılır.

Birincil korunma çalışmaları

Birincil korunma çalışmaları toplumdaki herkesi kapsamalıdır. Bu tür korunma toplumdaki bireylerin sağlık yönünden eğitilmesi ile sağlanabilir. Bu eğitim çalışmalarında çevremizde bulunan ve sağlığımıza zarar verecek olan faktörler ve bu faktörlerden nasıl korunulacağı anlatılır. Çevresel faktörlerin kontrolü (havanın, içme ve kullanma sularının, gıda maddelerinin sağlığa uygun olarak topluma sunulması, vb.) çoğu kez kişilerin çabasından çok kamu tarafından yapılacak düzenlemelerle sağlanabilir. Bunun yanı sıra kişiler de sağlıkla ilgili davranışlarını olumlu hale getirmek suretiyle, sağlıklarını korumak bakımından önemli rol oynayabilirler. Sağlıkla ilgili olumlu davranışlar sağlıklı beslenmek, düzenli olarak egzersiz yapmak ve sigara kullanmamak şeklinde ifade edilmektedir. Bunların yanı sıra stresten uzak kalmak için de çaba gösterilmelidir.

Sağlıklı beslenme ilkesi “yeterli ve dengeli” beslenme olarak ifade edilmektedir. Yani günlük alınan kalori yeterli olmalı, çeşitli besin öğeleri de dengeli bir şekilde tüketilmelidir.

Yeterli olandan fazla kalori alınırsa şışmanlık ortaya çıkar, yeterinden az kalori alındığında ise kilo kaybı olur. Dengeli beslenme ile ifade edilen de, yağ, karbonhidrat ve protein içerikli besinlerin dengeli bir şekilde tüketilmesidir. Bu arada sebze ve meyvelere ağırlık verilmeli, vitamin ve mineraller de yeterli miktarda alınmalıdır.

Fizik egzersiz yapmanın en kolay uygulanabilecek şekli yürüyüş yapmaktır. Herhangi sağlık sorunu olmayan bir yetişkin için haftada 3-4 kez 30-40 dakika süreli yürüyüş yapılması yeterli egzersiz sayılır. Bu yürüyüşün her zamankine göre biraz daha tempolu olması arzu edilir. Bu amaçla dakikada 120 adımlık bir hızla yürümek uygun görülmektedir. Sağlık sorunu olanlar egzersizden önce doktor kontrolünden geçmelidir.

Sigara kullanımının çeşitli kanserler, kalp ve akciğer hastalıkları gibi ciddi sağlık sorunları ile olan ilişkisi bilinmektedir. Bu nedenle sağlıklı yaşam ilkeleri arasında sigaradan uzak kalınmasının da büyük önemi vardır.

*Sağlıklı yaşam ilkelerini yerine getirmek suretiyle
yaşlılıkta ortaya çıkabilecek pek çok sağlık sorunundan
birincil düzeyde korunma sağlamak mümkündür*

İkincil korunma çalışmaları

Hastalıklardan korunma bakımından birincil korunma uygulamaları en etkili olan yaklaşımlardır. Ancak birincil korunma yöntemleri çoğu kişinin iyi bildiği, fakat yeterince uymadığı durumlardır. Örneğin sigaranın sağlığa zararlı olduğu başta sağlık personeli olmak üzere herkes tarafından iyi bilindiği halde, sigara kullanımı toplumda oldukça yaygındır. Beslenme ve egzersiz şeklindeki diğer birincil korunma uygulamaları için de benzeri durum söz konusudur. Yani, birincil korunma yaklaşımı uygulamadaki aksaklıklar nedeniyle her zaman yeterince başarılı olamamakta, insanlarda çeşitli hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Hastalıkların seyri konusunda iyi bilinen bir husus da, erken dönemde tespit edilen hastalıklarda iyileşme olasılığının daha fazla olduğudur. Bu nedenle hastalıkların erken dönemde yakalanması da bir tür korunma olarak ifade edilir. Hastalıkların erken tanısı şeklindeki korunmaya ikincil korunma adı verilir. Çok sayıda hastalık için erken dönemde yakalama olanağı söz konusudur. Özellikle yaşlı nüfusta daha sık görülen kronik ve dejeneratif hastalıkların erken tanısı oldukça başarılıdır. Pek çok kanser türü, kalp-damar hastalıkları, diyabet, solunum sistemi hastalıkları erken dönemde yakalandığında bazı

durumlarda şifa sağlanabilmekte, şifanın söz konusu olmadığı durumlarda da kişilerin yaşam süresi ve yaşam kalitesi önemli ölçüde artmaktadır.

*Erken dönemde tespit edildiği zaman
pek çok hastalıkta tam iyileşme sağlanabilir*

Erken tanı, yani ikincil korunma terimi ile kastedilen, henüz klinik belirti ve bulgularının ortaya çıkmadığı bir dönemde hastalığın tespit edilmesidir. Bu nedenle erken tanı çalışmaları için sağlıklı görünümdeki bireylerin muayene edilmesi gerekmektedir. Sağlıklı kişilerin sağlık kontrolü amacı ile sağlık kuruluşlarına başvurması yaygın bir uygulama değildir. Bu nedenle erken tanı çalışmaları için hizmetin sağlıklı görünümdeki kişilere götürülmesi, önemli sayılan bazı hastalıklara yönelik “tarama” çalışmaları yapılması gereklidir. Bu şekilde henüz hasta olduğunun farkında olmayan kişilerde hastalıkların erken tanısı sağlanmış olur. Gerçekte hasta olan kişilerin çok az bir bölümü hasta olduğunun farkındadır. Örneğin yetişkin grupta her 5 kişiden birisinde hipertansiyon vardır, ancak hipertansif kişilerin ancak dörtte biri hastalığının farkındadır. O halde bu hastalıkları erken dönemde yakalayabilmek için onları “aramak” gereklidir. Günümüzde çok sayıda hastalık için başarılı erken tanı programları geliştirilmiştir. Örneğin meme kanseri ve serviks kanseri için yapılan erken tanı çalışmaları çok başarılıdır. Hipertansiyon, diyabet, koroner kalp hastalığı erken dönemde tespit edilebilir ve başarılı şekilde kontrol altına alınabilir.

*Herhangi yakınmaları olmasa bile
Yaşlılar en seyrek yılda bir kez doktora muayene olmalıdır*

Her hastalık erken tanı çalışmaları bakımından uygun değildir. Erken tanı programına alınacak hastalıkların bazı özellikleri taşıması gereklidir. Bunlar arasında hastalığın toplumda sık görülen bir sağlık sorunu olması, erken tanı için uygun bir yöntemin varlığı, tanı konulduktan sonra etkili ve başarılı bir tedavi yönteminin biliniyor olması ve bu tedavi yönteminin, erken dönemde uygulandığında daha başarılı olması gibi özellikler sayılabilir. Bu noktalar dikkate alındığında yaşlılarda erken tanı amacı ile tarama programına alınabilecek başlıca hastalıkları şu şekilde sıralamak olanaklıdır:

- (1) (1) Hipertansiyon
- (2) (2) Koroner kalp hastalığı
- (3) (3) Diyabetes mellitus (şeker hastalığı)
- (4) (4) Bazı kanserler (meme kanseri, serviks (rahim boynu) kanseri, gırtlak kanseri, prostat kanseri, kalın barsak kanseri, deri kanseri)
- (5) (5) Obesite (şişmanlık)
- (6) (6) Kas-iskelet sistemi hastalıkları (osteoporoz, dejeneratif artrit)
- (7) (7) Anemi (kansızlık)
- (8) (8) Görme-işitme bozuklukları

Hastalıkların erken dönemde yakalanması ile kişilerin sağlığı bakımından önemli başarıların sağlandığı iyi bilinmektedir. Bunun için tarama çalışmaları yapılması gereklidir. Ancak özellikle yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları bakımından bazı güçlükler vardır. Bu güçlüklerin bir bölümü yaşlı kişinin kendisinden kaynaklanan konulardır, bir bölümü de yaşlı kişilere yönelik sağlık hizmetlerinin iyi organize olmayışından kaynaklanmaktadır. Bu güçlüklerin başlıcaları şu şekilde ifade edilebilir:

- Yaşlılar, kendilerinde bulunan bazı belirti ve bulguları yaşlanmanın doğal sonucu olarak kabul ederler. Bu düşünceye göre yaşlanma sonucunda bazı işlevlerin zayıflaması ve bazı sağlık sorunlarının olması yaşın gereği sayılır ve doğal olarak kabul edilir. Bu konuya ilişkin olarak görme ve işitmenin zayıflaması, idrar güçlüğü, vb. değişiklikler sayılabileceği gibi, diyabet, hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları gibi kimi sağlık sorunları da örnek olarak verilebilir. Yaşlı kişi, bütün bu sağlık sorunlarını yaşlanmanın doğal sonucu olarak değerlendirebilir ve bu sorunlar nedeniyle sağlık kuruluşuna gitmeyebilir.
- Fizyolojik işlevlerin zayıflamasına bağlı olarak belirti ve bulguları algılamada bozulma olabilir. Yaşlı bir kişi, hangi belirtinin hastalığa işaret ettiğini tam olarak değerlendiremez ve bazı yakınmaları olduğu halde bu yakınması nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmayı düşünmeyebilir.
- Yaşlıların bir bölümünde değişik düzeylerde depresyon vardır. Bu durum yaşlının bazı durumlara ilişkin motivasyonunu etkiler ve “nasıl olsa iyileşmez” düşüncesi ile sağlık kuruluşuna başvurmaz.
- Bazı yaşlılar da kendilerinde hastalık bulunacağı kaygısı ile sağlık kuruluşuna başvurmaktan çekinir. Özellikle kanser veya kalp hastalığı gibi moral yönden de

önemli etkisi olabilecek hastalıkların ortaya çıkarılacağı konusundaki korkular, yaşlıların bazı yakınmalarını gizlemelerine ve bu yakınma nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmaktan kaçınmalarına yol açar. Yaşamda özellikle beslenme bakımından kısıtlamaya yol açabilecek olan diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklar bulunacağı kaygısı da yaşlıyı sağlık kuruluşuna başvurmaktan alakoyabilir.

- Bazı durumlarda yaşlılar, birtakım yakınmaları olduğu ve bu yakınması için sağlık kuruluşuna gitmek istediği halde, ulaşamadıkları için sağlık hizmetinden yararlanamazlar. Bazılarının sağlık kuruluşuna gitmek için maddi olanağı yetersizdir, bazılarının da sağlık kuruluşuna götüreceği kimsesi olmadığı için gidememektedir. Bunların sonucu olarak da yaşlıların bir bölümünün sağlık sorunları ortaya çıkarılamaz.
- Toplumun yaşlıya verdiği değer ve yaşlıya bakışı da önemlidir. Hem toplumsal anlayış olarak, hem de sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin düzenlenmesi bakımından yaşlılara özel hizmet sağlanmıyorsa, yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları güçleşir, bu yüzden de yaşlıların sağlık sorunları saptanamaz. Özellikle sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak ulaştırılmadığı durumlarda, yaşlılar yerine gençlerin ve çocukların sağlık hizmetlerinden yararlanması ve hizmetlerin gençlere yönelik olarak planlanması, yaşlıların yeterli ilgiyi görememeleri de yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını engelleyen faktörler arasındadır.

Yaşlılarda şu belirtiler önemsenmeli ve dikkatle değerlendirilmelidir

- *nefes darlığı*
- *inatçı öksürük*
- *kontrol dışı kilo kaybı*
- *uzun süren ses kısıklığı*
- *şişlik veya kitle ele gelmesi*
- *göğüs kemiği üzerinde ağrı*
- *sık sık idrara gitme ve çok su içme*
- *beklenmeyen ve anormal kanamalar*

- uzun süren yara, ben veya siğilde hızlı büyüme

Üçüncül korunma çalışmaları

Hastalıkların klinik belirti ve bulguları ortaya çıktıktan sonra bilinen en iyi tedavi yöntemi kullanılmak suretiyle hastaların tekrar sağlıklarına kavuşturulmasına çalışılır. Üçüncül korunma gerçekte hastalıktan korunma değil hastalığın olumsuz sonuçlarından korunma anlamına gelmektedir. Hastalıkların en olumsuz sonucu yaşam kaybı olduğuna göre, üçüncül korunma çabalarının öncelikli amacı ölümün önlenmesi veya ertelenmesidir. Bunun ötesinde hastanın yaşadığı süre boyunca yaşam kalitesinin yükseltilmesine çalışılır, hastalığı ile daha uzun ve daha kaliteli bir yaşam sürmesi için çaba gösterilir.

Bölüm 5

Menopoz ve sonrası

Prof.Dr.Lütfü Önderoğlu *, Uzm.Dr. Gürkan Bozdağ **

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Hacettepe Üniversitesi GEBAM Yönetim Kurulu Üyesi

** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi

Tanımlar:

Perimenopozal geçiş dönemini tanımlayabilecek en iyi objektif gösterge menstrual (adet) düzensizliktir. Menopoz tanımı ise bu menstrual düzensizliğin nihayetinde, over (yumurtalık) faaliyetinin sona ermesine bağlı olarak adetlerin tamamen kesilmesi durumudur. Eskiden daha sık kullanılan ve günümüzde artık bilgilendirici olmadığından pek kullanım alanı bulamayan klimakteryum kavramı ise hem menopoz öncesi dönemi, hem de postmenopozal (menopoz sonrası) dönem sürecini kapsamaktadır.

Ortalama menopoz yaşı bazı coğrafi farklılıklar gösterse de 51 yaş civarındadır; ancak, over (yumurtalık) işlevinde azalma bundan yaklaşık 13 yıl önce 37-38 yaşlarında başlamaktadır. Bazı raporlara göre overlerde toplam 1000'den az follikül kalmasının yaşdan bağımsız olarak

menopoz ile beraber seyrettiği tahmin edilmektedir. Ancak, epidemiyolojik çalışmalarda kadınların hepsinin bu menopoz yaşlarına ulaşamadığı, %10 kadarının 45 yaşından önce menopoza girdiği rapor edilmektedir.

Sağlıklı Perimenopozal Kadınlarda Koruyucu Hekimlik

Bir klinisyen hekimin perimenopozal dönemdeki bir kadına yapabileceği en büyük iyilik tatminkar bir bilgilendirme sağlamak, hayatının bundan sonraki döneminde karşılaşılabileceği muhtemel sağlık problemleri hakkında detaylı bilgi vermek ve hastanın bu döneme ait hissettiği endişeleri dinleyerek kendisine rehberlik etmektir. Erken dönemlerde kurulabilecek böyle bir ilişki, menarşdan sonra bir kadının yaşayabileceği en büyük hormonal değişimlerden bir tanesi olan perimenopozal süreç boyunca hastanın yapılacak önerilere uyumunu ve konsantrasyonunu arttıracaktır. Bu anlamda hastaya perimenopozal geçiş süreci ve menopoz hakkında yeteri kadar bilgilendirme yapılmalı, kendisiyle olası endişeleri hakkında detaylıca fikir alışverişinde bulunulmalı, eğitim için gerekirse sözel ve görsel materyaller kullanılmalıdır. Uyum ve kabullenme problemini aşmak anlamında gerekirse ailenin diğer bireylerinden de bu konuda yardım istenebileceği gibi aynı popülasyonu içeren gruplara hastaneler ve polikliniklerde toplu olarak da eğitim verilebilir. Aynı zamanda hasta sadece vizitlerde değil gerektiğinde doktoruyla ya da doktorunun görevlendirdiği bir profesyonelle iletişim kurabilme imkanına da sahip olmalıdır.

Perimenopozal dönemdeki koruyucu hekimliğin başlıca hedeflerinden bir tanesi kadının maksimal fizik enerjisini, optimal mental (zihinsel)ve sosyal aktivitesini devam ettirmektir. Aynı zamanda diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi gibi uzun dönem sağlık riskleri olabilecek hastalıkları da olabildiğince erken saptamak hedeflenmelidir.

Bu anlamda:

- Tam bir hikaye ve fizik muayene 40 yaşından itibaren 5 yıllık aralarla 55 yaşına kadar önerilmektedir.
- Her yıl yapılacak vizitlerde ise meme ve pelvik muayene yapılmalı, servikal smear ihmal edilmemelidir.
- Her vizitte arterial tansiyon ölçümü ve vücut kitle indeksinin kaydı tutulmalıdır. Ayrıca osteoporozun erken bir göstergesi olabilecek boy kısalmasının saptanması amacıyla boy ölçümü yapılmalıdır.
- 40'lı yaşlardan 60 yaşına kadar ki süreçte 2 yılda bir imkan varsa tiroid fonksiyon testleri bakılmalıdır.

- □ Menopozdaki meme taraması oldukça karışıktır ve tam bir fikir birliği yoktur. Ancak bugün için hastalara önerebileceğimiz 20 yaşından itibaren kendi meme muayenelerine başlamaları (özellikle folliküler dönemde, her ay), 35 yaşından sonra yıllık olarak meme muayenesini bir klinisyene yaptırmaları, 40 yaşından sonra ise yıllık olarak mamografi çektirmeleri önerilmektedir. Meme muayenesinin Kadın Doğum Hekimleri tarafından yapılmadığı bizim gibi ülkelerde genel cerrahi bölümünden konsültasyon istenebilir. Birinci derece yakınında meme kanseri olanlar ise yakınına meme kanseri tanısı kaç yaşında konmuş ise o yaşdan 5 yıl önce yıllık taramaya başlamalıdır.
- □ Beslenme alışkanlıkları, fizik aktivite, seksüel yaşam, üriner fonksiyonlar, tütün ve alkol kullanımı, ilaç kullanımı sorgulanmalıdır.
- □ 50 yaşından sonra yıllık olarak gaitada gizli kan takibi yapılmalıdır. Bunun yerine 5 yıllık aralıklarla kolonoskopi de tercih edilebilir. Eğer ailede kolon kanseri hikayesi yoksa 50 ve 55 yaşlarında kolonoskopi yapılması yeterlidir; aile hikayesi varsa 5 yıllık aralarla kolonoskopik muayenelere devam edilmelidir.

Vazomotor semptomlar

Perimenopozal geçiş dönemi boyunca bazı kadınlar şiddetli vazomotor semptomlar tecrübe ederken bazıları bu dönemi oldukça konforlu bir şekilde geçirmektedir. Bu farklılığın sebebi olarak bazen kültür farklılıkları ve sosyoekonomik koşulların değişkenliği öne sürülmüş olsa da direkt ilişkili olduğunu söylemek ve sadece buna bağlamak tabii ki mümkün değildir. Ancak perimenopozal dönemde hem kadınların hemde klinisyenlerin başatmekte en zorlandıkları durumun vazomotor semptomlar olduğu da bir gerçektir.

‘Sıcak basması’ terimi aniden başın arkasından başlayan ve enseye, boyuna ve göğüse doğru yayılan ve yine aniden biten, gün içinde çok çeşitli frekanslarda olabilen bir artmış vücut sıcaklığı hissidir. Genellikle birkaç saniye sürse de bazen dakikalar, nadiren de 1 saate yakın sürebilir. Genellikle geceleri olur ve stress ile tetiklenebilir. Serin ortamlarda bulunmak ise hem frekansını hem de şiddet ve süresini kısaltmakta faydalı olabilmektedir.

Perimenopozal dönemdeki kadınların yaklaşık %10-59 kadarı sıcak basmasının çeşitli derecelerde yaşamaktadır. Sıklığı bazen menopozdan hemen sonraki dönemde premenopozal döneme göre daha fazla olabilir ve özellikle ilk 2 yıllık süreçte daha sıktır. Bazen postmenopozal 5 yıla kadar görülebilir. ABD’deki bir çalışmada ise siyah ve beyaz ırk arasında vazomotor semptomların prevalansı açısından bir farklılık saptanmamıştır.

Sıcak basmalarının ortaya çıkış mekanizması halen net değildir. Ancak unutulmaması gereken nokta ateş basmalarının sadece östrojen yetmezliğine bağlı olarak ortaya çıkmadığı bazen feokromositoma, tiroid fonksiyon bozuklukları, lösemi ve karsinoid tümör gibi durumlarında bir habercisi olabileceğidir. Bu yüzden yukarıda tarif edildiği üzere tipik sıcak basması olan bir hastada perimenopozal geçiş yüksek FSH düzeyleri ile doğrulanmalıdır. Vazomotor semptomların ortaya çıkış mekanizmasının sadece östrojen çekilmesi olmadığına en büyük kanıt hipogonadotropik kadınlardır. Bu hastalara bir süre östrojen verilip bırakılması durumunda bile hiç vazomotor semptom tarif etmemektedirler. Vazomotor semptomlar sırasında saptanan diğer objektif bulgular ise hemen öncesinde bir GnRH ve ardından LH artışı olması, vücut yüzeyinde sıcaklık artışı olması ve bunun sonucu olarak ortaya çıkan periferik vazodilatasyonun neticesince iç vücut sıcaklığının (core) düşmesidir.

Sıcak basması olan bir kadında FSH ve E2 seviyeleriyle birlikte tiroid fonksiyon testleride değerlendirilmelidir. Ayrıca duygusal ve ailevi problemler açısından (ikincil kazanca yol açabileceğinden dolayı) da hikaye alınırken dikkat edilmelidirler. Normal FSH seviyelerinde östrojen reçete edilmemelidir ve etkisinin plasebo kapsamında değerlendirmesi daha doğru olacaktır. Nitekim, östrojen verilen hastalarda vazomotor semptomlar açısından ilk haftalarda %51'e varan plasebo etkisi rapor edilmiştir. Yine plasebo ve östrojen içeren implantların yerleştirildiği bir çalışmada her iki kol arasında vazomotor semptomların iyileşmesi anlamında bir farklılık görülmemiştir.

Günümüzde orta-şiddetli sıcak basmasının varlığında halen elimizdeki en güçlü seçenek hormon tedavisidir (HT). Ancak WHI ve 1 Milyon Kadın çalışmasının bilinen sonuçlarından ötürü günümüzde bu tedavi seçeneğini tercih eden kadın sayısı giderek azalmaktadır. Sosyal hayatı tehdit eden orta-şiddetli sıcak basmaları varlığında tedaviye başlarken bu derlemede de detaylıca tartışılacağı gibi mevcut sağlık riskleri hastaya anlatılmalı ve en düşük dozda en kısa sürede hormon tedavisi verilmelidir. Bu anlamda 0.375 mg konjuge östrojen ile tedaviye başlanarak gerekirse 0.625 mg'a kadar çıkılabilir (uterusu duran kadınlarda mutlaka progesteron ilave edilerek) ve 3-6 aylık aralarla tatbik edilerek ilaç kesilir ve semptomlarda ki düzelmenin derecesi değerlendirilebilir. Semptomları devam eden hastalarda yine 3-6 aylık uygulama sonrası tedavi tekrar kesilerek hastanın semptomlarının varlığı ve şiddeti tekrar gözden geçirilir. Hastaların çok büyük bir kısmının semptomları ilk 1-2 yılda geçeceğinden dolayı bu kadarlık bir süre HT alınması genellikle tatminkar bir sonuç verecektir. Yine de orta ve ağır sıcak basmasının bugünkü bilgilerimiz dahilinde HT'nin tek geçerli endikasyonu olduğunu hatırlamakta fayda vardır.

Sıcak basması olan hastalarda ki alternatif yaklaşımlardan birisi de transdermal klonidin uygulamasıdır. Haftalık 100µg'lık preparatları vardır; ancak sıcak basmalarını önlemede ki etkileri plasebodan ancak biraz fazladır. Bromokriptin ve naloksanda uygulanabilecek alternatif yaklaşımlar olmalarına karşın yüksek dozda verilmeleri gerekir ve bu yüzden de yan etkileri mevcuttur. Bellergal tedavisi ise ancak ilk 8 haftada plaseboya göre anlamlı olarak farklılık göstermekte bundan sonra ki süreçte benzer etkinlikde gibi durmaktadır. Medroksiprogesteron asetat ve megestrol asetat'da olası tedavi seçenekleridir; ancak, özellikle meme kanseri endişeleri, düzensiz kanamalara sebep olmaları, bir miktar sıvı tutmaları ve kıllanma-tüylenme gibi şikayetlere yol açtığı için çok tercih edilmemektedir.

Sıcak basması tedavisinde alternatif yaklaşım kapsamında en çok ön plana çıkan farmakolojik ajanlar venlafaksin ve paroksetindir. Venlafaksin kullanımı ile (75 mg/gün) %61'lik bir düzelme saptanmaktadır (plasebo grubunda %27) ve bu etkisi 150mg/gün'e çıktığında artmamasına karşın 37.5 mg/gün'e düşüldüğünde %37'ye gerilemektedir [4]. Paroksetin ile de 12.5 mg/gün ile %38'lik plasebo grubuna göre %62'lik bir düzelme görülmektedir .

Atrofik Değişiklikler

Özellikle geç menopoza dönemde çok düşük östrojen seviyeleriyle uyumlu olarak vajinal atrofi meydana gelir ve vajinit, pruritus, dispareni ve vajinal stenoz görülebilir. Ortaya çıkan genitouriner atrofi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Dizürinin eşlik ettiği üretrit, urge inkontinans ve pollakiuri ise üretra ve mesanede ki mukozal incelme ile uyumludur. Bunun tersine, eşlik edebilecek sistoretosel ve uterin prolapsusdan ise östrojen yetmezliğini bütünüyle sorumlu tutmak mümkün değildir.

Menopozda ve sonrasında azalmış östrojen seviyeleri sebebiyle vajen giderek kollajen ve yağ dokusunu yitirir ve sıvı tutma yeteneğini kaybeder. Vajen duvarındaki rugalar düzleşir ve mukozaya incir; en küçük bir travmada bile lasere olabilir hale gelir. Beraberinde eşlik eden dispareni sebebiyle cinsel birlikteliğinde giderek azalmasıyla vajinal stenoz kaçınılmaz olur. Laktobasillerin azalmasıyla beraber ortam pH'nın giderek alkalen hale gelmesiyle asendan üriner enfeksiyon sıklığı artar ve ürterit, sistit ile üriner yol enfeksiyon sıklığı artış gösterir.

Vajinal atrofi sadece cinsel ilişki sırasında ağrı ve kanama ile karşılaşan kadınlarda değil, cinsel olarak aktif olmayan kadınlarda da yanma, kaşınma ve irritasyon yaptığından dolayı mücadele edilmesi gereken bir durumdur. Çoğu zaman ihmal edilen ama hastanın yaşam kalitesini oldukça kötüleştiren bu durum bazen hasta tarafından da yakınma olarak ortaya koyulamaz. Bu yüzden pelvik muayene sırasında vajinal atrofi açısından da hasta

değerlendirilmeli ve sistemik sorgulama esnasında gözden geçirilmelidir. Özellikle 4.5'den yüksek bir pH değeri postmenopozal hastada düşük östrojen durumunun olası bir göstergesi olarak değerlendirilmelidir.

Lokal veya sistemik östrojen tatbiki 1 aylık bir uygulamanın ardından belirgin bir klinik rahatlama sağlayacaktır. Ancak, tekrardan tam bir genitoüriner yapılanmanın ortaya çıkması için 6-12 aylık bir sürecin gerektiğinde unutulmamalıdır. Sistemik östrojen tatbikinin bilinen potansiyel yan etkilerinden dolayı sistemik geçişi ihmal edilebilir miktarlarda olan lokal östrojenlerin uygulanması tercih edilmelidir. Ayrıca, seksüel aktivitenin kendisi de vajinal dokunun perfüzyonunu artırmakta ve östrojenin olumlu etkilerine katkıda bulunmaktadır. Nitekim seksüel olarak aktif olan kadınlarda vajinal atrofi aktif olmayanlara göre daha azdır.

Lokal veya sistemik östrojen tedavisinin stress inkontinans üzerine olumlu etkisini gösteren çalışmaların çok büyük bir kısmı randomize değildir. Mevcut meta-analizlerde ve randomize çalışmalarda hastaların HT'den inkontinans anlamında bir fayda görmediği gösterilmiştir. Tam tersine HERS ve Nurses' Health Çalışmaları'nda ki sonuçlar HT eklenmesinin mevcut urge ve stress inkontinans sıklığını artırabileceğini düşündürmektedir .

Düzensiz kanamalar ve karşılanmamış östrojen maruziyeti

Perimenopozal dönemde klinisyenleri zor durumda bırakan bir diğer durumda disfonksiyonel kanamalardır. Genellikle bu dönemde en çok korkulan endometrial kanser veya çeşitli atipi derecelerindeki endometrial hiperplazi olsa da çoğunlukla alınan biyopsi sonuçları progesteron ile karşılanmamış östrojeni işaret etmektedir. Gerek anovulasyona gerekse de periferik östrojen dönüşümüne, bazen de alınan eksojen hormonlara bağlı olarak bu durum ortaya çıkabilmektedir. Ancak, bütün pre veya postmenopozal kadınlarda düzensiz kanamaların varlığında endometrial neoplaziler, gebelik ve ekstrauterin sebepler dışlanmalıdır. Dikkatlice alınmış bir anamnez ve yapılmış bir fizik muayeneye ek olarak spekulum muayenesi, pelvik muayene ve transvajinal ultrasonografi altında endometrial kalınlık ölçümü yapılmalıdır. Anormal kanamalı perimenopozal veya postmenopozal kadınlarda 5 mm altında endometrial kanser veya hiperplazi sıklığı oldukça azdır . Aynı durumu premenopozal bir kadın için birebir uyarlamak zordur.

Her ne kadar biyopsi tekniğinin nasıl olması gerektiği bu derlemenin konusu değilse de rahatlıkla poliklinik şartlarında yapılabilecek karman aspirasyon biyopisinin ameliyathane ve anestezi gerektiren servikal dilatasyonla aynı etkinlikte olduğunu, ayrıca ilkinin maliyet ve ağrı açısından diğerine göre daha avantajlı olduğunu hatırlatmakta fayda vardır. Ancak

vakum aspirasyon yapılan kadınların yaklaşık %10 kadarında yeterli materyal gelmeyebilir ve bu durumda en sık sebep uterin kaviteye yeterince girilememesi olduğundan dolayı bu gruba dilatasyon ve küretaj (D&C) yapılması uygun olabilir. Ayrıca pelvik muayenede uterusun büyük olarak palpe edildiği durumlarda da tanıyı kesinleştirmek amacıyla da D&C seçilmelidir.

Her ne kadar endometrial kanserli kadınların %80 kadarındaki başvuru şikayeti vajinal kanama olsa da, kanaması olan postmenopozal kadınlara yapılan endometrial biyopsilerde %1-2 sıklıkla endometrial kanser rastlanmaktadır. Geriye kalanın yarısından fazlasında normal endometrium, %15 kadarında da endometrial hiperplazi çıkmaktadır. Ancak, postmenopozal kanaması olan kadınlar dikkatlice değerlendirilmeli ve ilk değerlendirmesinde benign patolojiler saptanan hastaların %10 kadarında takip eden 2 yıl içinde belirgin patolojiler saptanmaktadır. Devam eden kanamaların varlığında mutlaka takibede devam edilmelidir. Bu durumlarda gerekirse kolposkopi, endoservikal biyopsi veya salin infüzyon sonografi ile histeroskopi eklenebilir.

Postmenopozal dönemde alınan endometrial biyopsilerin sık bir sonucuda yetersiz doku deyimidir. Bu durum çoğunlukla atrofik zeminli bir endometriumu temsil eder ve eğer yapan kişi tekniğinden emin, kavitenin çok büyük kısmını değerlendirdiğini düşünüyor ve hastanın kanaması devam etmiyorsa mevcut sonucu önemli bir patolojinin olmadığı yönünde kabul edebilir. Histopatolojik olarak anormallik saptanmamış disfonksiyonel uterin kanamaların varlığında ise siklik olarak progesteron tedavi verilebilir (5-10 mg medroksiprogesteron asetat/gün, her ay 14 gün, toplam 3-4 ay). Bunun yanında düşük doz oral kontraseptiflerin kullanılmasında oldukça akıllıca bir yaklaşımdır. Böylece eş zamanlı olarak düzensiz kanamalar önlenir; perimenopozal dönemde kontrasepsiyon sağlanır ve vazomotor semptomlar açısından fayda sağlanır. Biyopsi sonucunun hiperplazi olarak rapor edildiği durumlarda eğer medikal tedaviler tercih edilir ise yine siklik veya sürekli progesteron tedavisi (10-20 mg/gün, medroksiprogesteron asetat, 3-4 ay veya 160 mg megestrol asetat/gün) verilerek 3-4 ay sonra D&C ile kontrol edilebilir. Endometrial hiperplazi için olmasa da, disfonksiyonel uterin kanamaların olduğu durumlarda ki bir diğer yaklaşımda progesteron salan rahim içi araçlar (RİA) olabilir.

Kardiyovasküler Değişiklikler

Çoğu gelişmiş ülkede kardiyovasküler hastalıklar kadınlarda kanser, serebrovasküler olay ve trafik kazalarından daha sık ölüme yol açmaktadır. ABD'de 5 kadından 1 tanesinde kalp ya da damar hastalığı olduğu tahmin edilmektedir. Kadınlarda ki risk faktörleride tıpkı erkeklerde ki

gibidir ve aile hikayesi, yüksek kan basıncı, diyabet, sigara içimi, yüksek kolesterol ve trigliserid seviyeleri ve obesite önemli etkenlerdir. Her ne kadar mevcut risk faktörleri eşitlendiğinde bile erkeklerdeki koroner hastalık riski kadınların yaklaşık 3.5 katı olsa da kadın yaşı arttıkça bu fark ortadan kalkmakta ve riskler eşitlenmektedir. Premenopozal dönemdeki bu avantajlı durumun sebeplerinden biri de yüksek östrojen ve düşük androjen seviyelerinin sebep olduğu yüksek HDL düzeyleridir. Ayrıca total ve LDL-kolesterol seviyeleride daha düşüktür. Menopoz ve sonrasında ise kolesterol seviyeleri giderek artar ve 60'lı yıllarda erkeklerden daha yüksek seviyelere erişir. Ancak prospektif çalışmalarda gösterilmiştir ki postmenopozal kadınlarda erkeklere göre daha yüksek kolesterol seviyelerinde koroner arter hastalıklarıyla ilişki kurulabilmiştir. Kolesterol seviyesi yüksek kadınlarda pravastatin kullanımı akut major koroner olay sıklığını yaklaşık %37 azaltmaktadır.

Optimal total kolesterol seviyesi <200mg/dL, HDL-kolesterol seviyesi >50mg/dL, LDL kolesterol seviyesi <130 mg/dL ve trigliserid düzeyi 150mg/dL olmalıdır. Ayrıca düzenli egzersiz, sigara içiminin bırakılması, doymuş yağ asitlerinden fakir diyet, kan basıncı ve şekeri kontrolü önemli koruyucu hekimlik adımlarıdır.

Postmenopozal östrojen tedavisinin LDL-kolesterol seviyelerini düşürürken, HDL-kolesterol ve trigliserid seviyelerini artırdığı bugün için bilinmektedir. Beraberinde progesteronlar olsun veya olmasın östrojen tedavisi postmenopozal dönemdeki bir kadında toplam lipoprotein seviyelerinde bir düşüşe yol açar. Beraberinde hiperkolesterolemik kadınlara HMG-CoA redüktaz inhibitörleri verilmesi ise tek başına östrojenin sağladığından daha ideal bir lipid profiline katkıda bulunabilir. Östrojenin hayvan deneylerinde ve insanlar üzerinde yapılmış ve rapor edilmiş kardiyovasküler sistem üzerindeki diğer etkileri şunlardır: periferik dirençde azalma ve vazodilatasyona bağlı perfüzyonda artış, nitrik oksit sentezinde artış, endotelden bağımsız koroner arterlerde dilatasyon, sol ventrikül dolma ve atım hacminde artış, kalp kasları üzerine direkt inotropik etki, santral vücut yağlanmasına karşı eğilimde azalma, açlık glukoz ve insülin seviyelerinde düzelme, lipoprotein oksidasyonunun inhibisyonu, daha düşük fibrinojen ve plasminojen seviyeleri sonucu artmış fibrinolisis, aterosklerozisin erken bir bulgusu olan damar duvarındaki intimal kalınlaşmanın inhibisyonu, endotel hücrelerinin iyileşmesinin hızlanması, makrofajların damar duvarına infiltrasyonunun inhibisyonu, ACE ve renin seviyelerinin inhibisyonu ile homosistein seviyelerinde azalma .

Tüm bu teorik bilgiye karşın, klinik uygulamalar söz konusu olduğunda HT'nin kardiyovasküler sistem üzerine etkisi gerçekten de beklendiği gibi olumlu mudur? WHI çalışmasına kadar ki mevcut gözlemsel çalışmalar gözden geçirildiğinde östrojen

kullananlarda kardiyovasküler hastalık riskinin yaklaşık %50 daha az olduğu rapor edilmektedir. Postmenopozal kadınlarda östrojen alan ve almayan kadınlarda anjiyografik olarak koroner arterlerin tarandığı çalışmalarda da östrojen kullanımının kardiyovasküler sistem üzerine belirgin bir koruyuculuğu fark edilmiştir. Ayrıca HT aldığı sırada myokard infarktüsü geçiren veya konjestif kalp yetmezliği olan kadınlarda da yaşam beklentisi üzerine olumlu etkiler gözlenmiştir. Nurses Health çalışmasında da yaklaşık 20 yıl boyunca takip edilen ve halen HT kullanan hastalarda yaşa bağımlı relatif koroner hastalık riskinin %39 daha az olduğu ve %37 daha az mortalitenin söz konusu olduğu belirtilmiştir. Bütün bu olumlu etkilerin yanında, tanımlanan gözlemsel çalışmaların eleştirilmeleri gereken noktalardan biriside, HT alan hastaların çoğunlukla kendi sağlığına daha önem veren ve beslenmesine, yaşam koşullarına daha dikkat eden insanlar olduklarının gözardı edilmesiydi. Ayrıca bu hastalar daha sık doktor kontrolüne gelmekte, sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşmakta ve koroner arter hastalıkları açısından daha sık taranmaktaydılar. Ancak, kardiyovasküler hastalıklar açısından risk faktörlerinin eşitlendiği grupları karşılaştıran çalışmalarda yine östrojen verilmesinin olumlu etkileri gözlenmiş ve gözlemsel sonuçların sadece 'sağlıklı denek etkisi' ile açıklanamayacağına karar verilmiştir .

Gözlemsel çalışmalarda ortaya konan HT ve kardiyovasküler sistem üzerine olan olumlu etkileri, o dönem için neredeyse ortak bir karar olarak görülse de, inme ve serebrovasküler olay (SVO) ile HT arasında ki ilişki biraz daha tartışmalıydı. Çoğu çalışmada östrojen veya östrojen-progesteron verilmesinin SVO sıklığını etkilemediği veya az miktarda artırabileceği rapor edilmekteydi. 1971-1975 yılları arasında 1910 kadını takip eden bir çalışmada ise HT kullanımının SVO riskini %31, SVO'ya bağlı mortaliteyi ise %63 azalttığı rapor edildi .

Eski gözlemsel çalışmalardan elde edilen olumlu etkilerin yeni klinik çalışmalardan elde edilen kanıtlarla uyumadığını bugün için bilmekteyiz. HT'ye bakış açımızı geceyle gündüz kadar değiştiren bu çalışmalardan en çarpıcı olanı WHI (The Women's Health Initiative) çalışmasıdır . 1992 yılında organize edilen çalışmanın bitiş tarihi 2005–2007 olarak planlanmıştır. 1993 ve 1998 arası 40 klinik merkezden, yaşları 50–79 arası olan yaklaşık 161.000 kadını değerlendirmiştir. Bu kadınlardan 10.739 tanesi histerektomize olan hastalarda sadece östrojen veya plasebo verilmesinin etkileri açısından değerlendirilirken, 16.608 kadın ise östrojen ve progesteron ile plasebo açısından randomize edilerek yine prospektif olarak takip edilmiştir. Mevcut doküman ve verilerin belirli aralıklarla izlendiği süreçlerden 2002 Mayıs ayına gelen dönemde, östrojen-progesteron alanların takip edildiği çalışmada, plasebo grubuna göre istatistikî olarak artmış ve kabul edilemez meme kanseri ve kardiyovasküler

hastalık riski nedeniyle planlanandan 3 sene önce durdurulmak zorunda kalınmıştır. 2002 yılında östrojen-progesteron kolu erkenden sonlandırılrsa da sadece östrojen kolunun takip edilmesine karar verilmiştir. Ancak, 2004 Mart'ına gelindiğinde artmış inme riski ve demans veya kognitif fonksiyonlarda azalmaya bağlı artmış eğilim sebebiyle 6.8 yıllık takip sonrası çalışmanın bu koluda durdurulmuştur. Bu kolda kardiyovasküler hastalık riskinde bir azalma veya meme kanseri riskinde bir artış saptanmamıştır.

WHI çalışmasının sonuçlarına göre östrojen ve progesteron alan kolda kardiyovasküler hadise relatif riski 1.24, ölümcül olmayan myokard infarktüs riski 1.28'dir . Bu sonuç 10.000 kadın 1 yıl boyunca HT aldığında 6 tane yeni kardiyovasküler yeni olay demektir. Bu risk, özellikle ilk 2 yıl fazla görülmüş ve tedavi altında yıllar geçtikçe düşüş gözlenmektedir. Ayrıca, özellikle ileri yaştaki kadınlarda (>60 yaş veya menopozdan sonra 20 yıl veya fazla geçenlerde) bu riskin daha belirgin olduğu altgrup analizinde rapor edilmiştir. Sonuç olarak WHI yazarları, HT'nin postmenopozal dönemde kardiyovasküler hastalıktan birincil korunma amacıyla reçete edilmemesi gerektiğini, dokümanede edilen bir fayda gözlemleyemedikleri gibi bazı gruplarda olumsuz etkilerinin olabileceğini belirtmişlerdir. Bunun yanında östrojen-progesteron alan hastalarda fatal değil ancak iskemik inme relatif riskinin 1.44 kat arttığını da rapor etmişlerdir. Venöz tromboemboli relatif riskinde ise 2.07, pulmoner tromboemboli relatif riskinde ise 2.13 katlık bir risk artışında söz konusudur. Bu dezavantajların yanı sıra kolorektal kanser sıklığında %37'lük, kalça kırığında ise %33'lük bir azalma eş zamanlı olarak saptanmıştır.

HT'nin kardiyovasküler hastalık üzerine olan ikincil korumasını değerlendiren HERS çalışmasında ise daha önce kardiyovasküler hastalığı dokümanede edilmiş hastalar randomize edilerek iki kola ayrılmıştır. Birinci kola EP diğer kola ise plasebo verilmiştir. Her iki kolda ölümcül olmayan myokard infarktüsü ve koroner ölüm sıklığı açısından bir fark saptanmamıştır. Ancak, tedavinin birinci yılında EP verilen grupta kontrol grubuna göre giderek artan koroner olay riskinde artış saptanmıştır. Bu artış tedavi süresi boyunca artmakta ve 3-5 yıl sonunda yeni koroner olay sıklığında daha az bir artış dikkati çekmektedir. 3-5 yıllık tedavi sonunda nisbeten azalan koroner olay sıklığında ki artış akla şu soruyu getirmiştir: acaba belli bir tedavi süresi sonunda koroner olay riski HT kolunda kontrol koluna göre azalmaya başlayabilir mi? Bu soruya cevap vermek amacıyla hastalar ortalama 2.7 yıl daha izlendiler (HERS-II); ancak, risk azalması HT alan kolda yine saptanamamıştır. HERS I ve II çalışmalarında ayrıca ikincil sonuç olarak venöz trombembolizm riskinde 2 kat, cerrahi gerektiren safra kesesi hastalıklarında ise %50'lik bir artış saptanmıştır. Dolayısıyla, HT ile

kardiyovasküler hastalık açısından korunma sağlanmadığı gibi potansiyel bazı sağlık problemlerinde de artış net bir biçimde ortaya konmuştur .

2002 yılında yapılan bir başka çalışmada (WAVE=Women's Angiographic Vitamin and Estrogen trial) ise koroner hastalığı anjiyografik olarak kanıtlanmış hastalar 3 kola ayrılmışlardır. Birinci kola EP, ikinci kola antioksidan ve vitamin kombinasyonları, üçüncü kola ise plasebo verilerek randomize edilmişlerdir. Ancak, ne HT verilen ne de vitamin-antioksidan verilen kolda fayda gösterilememiştir. İngiltere'de yapılan bir başka çalışmada ise (ESPRIT=Estrogen in the Prevention of ReInfarction Trial) daha önce myokard infarktüsü geçirmiş 50–69 yaş arası kadınlar östrojen ve plasebo kollarına randomize edilmişler ve 24 ay sonunda reinfarktüs ve ölüm oranları arasında ki fark karşılaştırılmış ancak kollar arasında yine fark saptanamamıştır. Bütün bu klinik çalışmaların ışığında Ocak 2003 tarihinde FDA, östrojen ve östrojen /progesteron kombine tedavisinin konumunu değiştirmiş ve kardiyovasküler hastalıktan korunma amacıyla reçete edilemeyeceği kararına varmıştır.

Meme kanseri

51 çalışmanın ve 100.000'den fazla kadının değerlendirildiği bir tekrar analiz çalışmasında şu sonuçlar ortaya çıkmıştır: (1) her hangi bir zamanda HT alan kadınlarda relatif risk 1.14'dür, (2) en az 5 yıldır HT kullanan ve halen devam eden kadınlarda risk 1.35'dir ve artan kullanım süresiyle uyumlu olacak şekilde risk artmaktadır, (3) halen kullananlarda metastaz değil lokal meme kanseri sıklığında bir artış mevcuttur, (4) ailede meme kanseri hastalığı hikayesi olanlarda ek risk artışı saptanamamıştır, (5) mevcut risk artışı en çok düşük vücut kitle indeksine sahip kadınlarda fazladır.

2002 yılında rapor edilen WHI çalışması, yukarıda da tarif edildiği üzere EP alan hastalarda, çalışmaya başlamadan önce tahmin edilen meme kanserinde ki risk artışından daha fazla bir risk ortaya çıkardığı için çalışmanın EP kolu planlanandan daha önce sonlandırılmak zorunda kalmıştır. 0.625mg/d konjuge östrojen ve 2.5 mg/d medroksiprogesteron asetat verilen kolda plasebo koluna göre artmış meme kanseri riski doğrulanmıştır. Sonuçlara göre saptanan meme kanseri vakaları tanı aldıklarında daha ileri evrededir, lenf nodu metastazı sıklığı daha fazladır ve artmış anormal mamografi sıklığıyla da beraberlik göstermektedir. Ancak, tümör özellikleri açısından grade, reseptör durumu ve histoloji açısından plasebo grubunda saptanan meme kanseri vakalarına göre bir farklılık saptanamamıştır ve meme kanseri riski özellikle 5. seneden sonra belirgin hale gelmektedir. Kabaca bir hesap yapmak gerekirse, 10.000 kadın 1 yıl boyunca EP tedavisi aldığıında 8 tane yeni invaziv meme kanseri ortaya çıkmaktadır. Bu riskler her ne kadar düşük olsa da 10.000.000 kadının aktif olarak HT

tedavisi aldığı düşünülduğünde yeni vaka sayısının hiçte az olmadığı anlaşılmaktadır. Ancak, WHI çalışmasında teyit edilen bir noktada ailede meme kanseri riski olmasının HT için bir kontraendikasyon oluşturmadığıdır.

1996–2001 yılları arasında 1.084.110 kadını takip eden bir milyon kadın çalışmasında ise ara verilen süreden ve kullanılan prepratlerden bağımsız olarak eskiden HT almış kadınlarda meme kanserinin artmadığı rapor edilmiştir. WHI çalışmasından farklı olarak sadece konjuge östrojen ve medroksiprogesteron asetat kombinasyonu değil birçok oral (tibolon dâhil), transdermal ve implant yolla uygulanan HT prepratları da gözlemlenmiştir. Ancak, halen östrojen kullananlarda 1.3 kat, östrojen-progesteron kullanalarda ise 2.0 kat relatif risk artışı saptanmıştır.

Bugün için net olarak HT'nin yeni meme kanseri oluşumuna mı sebep olduğu yoksa mevcut odakların saptanabilir hale mi getirdiği net değildir. Ancak, hastalara mutlaka relatif riskin azda olsa arttığını, sigara içimiyle ortaya çıkan 10-20 katlık akciğer kanseri relatif riskinin yanında çok büyük bir artış olmayabileceğini belirtmekde fayda vardır. Ayrıca, HT altındayken meme kanserinden ölme riskinin HT almayıp meme kanserine yakalanan birine göre daha az olabileceği de belirtilmelidir. Bunun sebebi muhtemelen HT alan hastaların yukarıda da belirtildiği gibi daha sık takip ve muayene edilmeleri olabilir.

Kısaca diğer malignitelerden de bahsetmek gerekirse WHI çalışması sonrasında endometrium kanseri, over kanseri, servikal kanser riskinde HT alanlarda relatif bir risk artışı gözlemlenmemiştir.

Osteoporoz

Kemik dokusu bilindiği üzere sürekli bir kemik yapımının (osteoblastik) ve yıkımının (osteoklastik) olduğu sürekli dönüşüm içindeki aktif bir organdır. Osteoporoz ise daha çok ileri yaşdaki popülasyonu ilgilendiren ve normal mineral-matriks oranına karşın azalmış kemik kitlesi sebebiyle artmış kırık tehlikesi ile beraberdir.

Menopoz sırasındaki toplam kemik kitlesi ve menopoz sonrası ortaya çıkan kemik kaybı hızı kırık riskiyle doğrudan ilişkilidir. Her ne kadar kemik dokusunda kayıp en çok menopoz zamanında belirgin olarak artsa da osteoporoz-bağımlı kırıklar asıl yıllar sonra artmaktadır. 90 yaşından yaşlı kadınların %30'unda vertebra kırığı olacağı ve bunlarında %20'sinin 3 ay içinde ölümle sonuçlanacağı tahmin edilmektedir. Ölümünde en büyük

sebebi uzamış immobilizasyona bağlı komplikasyonlardır. Ayrıca osteoporoz aşikar hale geldikten sonra tedavi süreci daha da zorludur.

Osteoporoz tedavisi multifaktoriyeldir ve yaş en önemli faktördür. Bütün kadınlarda kemik kaybı yaklaşık 30'lu yıllarda başlar ve hayatları boyunca devam eder. Menopoz öncesi kemik kaybı her yılbaşına %1'dir. Menopoz sonrası ise östrojen tedavisi almayanlarda yıllık kayıp yaklaşık %5'dir. Kayıp miktarı yaşla birlikte giderek artar. Kalıtım ise bir kadının hayatı boyunca ulaşabileceği maksimum kemik yoğunluğu miktarı açısından önemli bir belirleyicidir. Genel olarak, Afrikalı Amerikalı kadınlar daha yüksek maksimum kemik yoğunluğuna ve bununla ilişkili olarak da daha az kırık oranlarına sahiptirler. Ailede osteoporozu olan bireylerin varlığı da aynı derecede önemli bir risk faktörü olabilir.

Osteoporoz için üçüncü bir faktör östrojen durumudur. Hormon replasman tedavisi almayan postmenopozal kadınlar kemik dokularının her yıl %3–5 kadarını kaybetmektedirler. Bu kayıp en çok menopozdan sonraki 5 yılda fazladır ve kemik dokusunun yaklaşık %20'i bu dönemde kaybedilmektedir. Cerrahi menopozda ise doğal menopoza göre osteoporoz riski daha fazladır; çünkü hastanın östrojensiz hayat süresi daha uzundur. Östrojenin osteoblast aktivitesi üzerine hem direkt etkisi vardır hem de kalsiyum dengesi üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir.

Kemik kaybına etki eden dördüncü faktör diyetle alınan kalsiyum miktarıdır. Kalsiyumun günlük diyetle düzenli olarak alınmasının premenopozal kadınlarda ki kemik kaybına olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir. Postmenopozal dönemde ise 1000 mg/gün kalsiyum alımı ve beraberinde östrojen takviyesi kemik kaybını önlemek için yeterlidir. Kalsiyum tedavisi kalsiyum karbonat tabletler veya kalsiyum sitrat şeklinde olabilir. Ayrıca bu miktarda ki kalsiyum desteği böbrek taşı riskini de artırmamaktadır. Ancak konstipasyon veya şişkinlik gibi bazı gastrointestinal semptomlarla beraberlik gösterebilir.

Kemik yoğunluğunu koruyan ve osteoporoz riskini azaltan diğer bir faktör ise fizik aktivite ve sigara içilmemesidir.

Osteoporoz düşük kemik kitlesi, mikromimari kemik yapısında bozulma ve artmış kemik fragilitesi olarak tanımlanabilir. Günümüzde kullanılan tarama testlerinde son iki özellik henüz taranamamaktadır. Çünkü mikromimari yapının gözlemlenebilmesi için kemik biyopsisi gerekmektedir ve rutin tarama da kullanılmayacak kadar invaziv bir işlemdir. Ayrıca minimal travma veya travmasız kemik kırıkları da bize osteoporoz tanısı koyduracaktır. Böyle bir hastada osteoporoz tanısını doğrulamak için ileri tetkiklere gerek yoktur.

Kemik mineral dansitesi en sık kullanılan osteoporoz tarama testidir. Dünya sağlık örgütü kemik mineral dansitesinin genç bireylerde kendi yaş ve cinsiyetine göre değerinin -1 ve -2.5 arasında olmasını osteopeni, -2.5'in altında olmasını ise osteoporoz olarak tanımlamaktadır. -2.5 kırık için eşik değer kabul edilmektedir. Tarif edilen Standard sapma, T skoru olarak tariflenmektedir. Günümüzde kemik dansitometresi (BMD) dışında da osteoporoz tanısı amacıyla kullanılan diğer görüntüleme veya biyokimyasal işaretleyiciler mevcuttur. Kemik turn-over'ını göstermeye yarayan biyokimyasal testler tarama için uygun değildirler ancak kemik ölçümüyle beraber uygulanabilirler.

Günümüzde genel kabul edilen yaklaşım 65 yaş üstü osteoporoz için risk faktörlerinin olmadığı olgularda taramanın yapılmasıdır. Ayrıca 60 yaş üstü osteoporoz için risk faktörlerinin mevcut olduğu olgularda da takip yapılmalıdır. Ancak erkekler, premenopozal kadınlar ve beyaz ırk dışı kadınlarda osteoporoz taramasının gerekliliği tartışma konusudur. Postmenopozal dönemde olup fakat 65 yaşın altındakilerde ise tarama yapılması konusunda hastanın bireyselleştirilmesi ile karar verilmelidir.

Tanısı konmuş osteoporozun tedavisi kapsamında, her ne kadar östrojen tedavisi osteoporozun sadece proflaksisi (korunması) için onaylanmış, tedavisi için onaylanmamış olsa da, literatürdeki mevcut veriler, tedavisinde ve vertebral kırık riskinde de anlamlı düzelme sağlayabileceğini göstermektedir.

Normal beslenmeye sahip bir kadının günlük kalsiyum alım miktarı yaklaşık 500mg'dır. Bu kapsamda östrojen alan bir kadında toplam ihtiyaç 1000 mg olduğundan ek 500 mg, östrojen alamayan bir kadında ise toplam ihtiyaç 1500mg/gün olduğundan ek 1000mg/gün kalsiyum alınması önerilebilir. Vitamin D alınması ise özellikle 70 yaşından ileri kadınlarda 800U/gün olarak tavsiye edilmektedir.

SONUÇ

Yakın zamana kadar, östrojen-progesteron kombine tedavisinin postmenopozal dönemde osteoporozdan, demansdan ve atherosklerotik hastalıklardan koruyucu etkisinin olduğu gözlemsel ve retrospektif çalışmalarda öne sürüldüğünden dolayı postmenopozal kadınlara uzun dönem (beş yıldan fazla) yaygın olarak verilmiş ve bu uygulama yaklaşık 20-30 yıl boyunca tüm Dünya'da geniş kullanım alanı bulmuştur. Ancak, yapılan son prospektif ve klinik çalışmalarda östrojenin postmenopozal dönemde kardiyovasküler hastalıkları önlemediği veya geciktirmediği saptanmış; ayrıca, koruma yapmamasının ötesinde kardiyovasküler hastalık riskinde hafif bir artışı da beraberinde getirebileceği anlaşılmıştır.

İnme, venöz tromboembolizm ve meme kanserinde de mevcut risklerde artış olabileceği aynı çalışmalarda ortaya konmuştur. Bugünkü bilgilerimiz ışığında, orta-ağır sıcak basması dışında HT'nin kesin endikasyonu mevcut değildir ve osteoporoz ile vajinal atrofi dahil olmak üzere bir çok postmenopozal semptomda etkin alternatif yaklaşımlar mevcuttur. Sıcak basmasının varlığında da mümkün olan en düşük dozda östrojen prepratları mümkün olan en kısa süre boyunca hastalarla olası yan etkiler tartışıldıktan sonra verilebilir.

Bölüm 6

Andropoz ve sonrası

Yard. Doç.Dr.Kubilay İnci

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Andropoz nedir?

Erkeklerde androjen (testosteron) seviyeleri ilerleyen yaşla beraber azalmaktadır. Bazı erkeklerde testosteron seviyelerinin düşmesi ile cinsellikte ve genel enerjide azalma, ruhsal durumda bozulma görülebilmektedir. Esas olarak cinsel istekte azalma, genel halsizlik ve isteksizlik olarak kendini gösteren ve özellikle 40-55 yaşları arasında görülen testosteron seviyesinde düşme ile karakterize bu duruma andropoz ya da yaşlanmakta olan erkeklerde ilerleyici androjen eksikliği (PADAM [Progressive Androjen Deficiency of the Aging Male]) adı verilmektedir. Yaşlanma ile birlikte gözlenen duygusal ve fiziksel değişimlerde testosteron seviyesinin düşmesinin de önemli bir payı olduğu gerçektir. Ancak kimlerin, ne zaman tedavi gerektiren andropoza ait belirtiler göstereceğini öngören bir yöntem yoktur ve belirtiler her bireyde farklı şekilde ortaya çıkabilir.

Testosteron nedir?

Testosteron testis ve adrenal bezlerde üretilen bir hormondur. Kadınlardaki östrojenin erkeklerdeki karşılığıdır. %95'i testislerde Leydig hücrelerinde yapılır. Dolaşımdaki testosteron üç farklı durumda bulunur: serbest testosteron (totalin %2'sini oluşturur), albümine bağlı testosteron (totalin yaklaşık %40-60'ı) ve seks hormon bağlayıcı globüline bağlı testosteron (totalin yaklaşık %40-60'ı). Testosteron albümine çok gevşek bağlandığı

için, testosteron bundan kolayca ayrılıp biyolojik olarak aktif işlevlerde bulunabilir. Bu nedenle, albümine bağlı testosteron ile serbest testosteron birlikte biyolojik olarak aktif testosteronu oluştururlar. Seks hormon bağlayıcı globüline çok sıkı bağlandığı için, testosteron bu fraksiyonundayken biyolojik bir aktivite gösteremez.

Testosteron normal cinsel yaşamın devam ettirilmesinde ve ereksiyonun (penis sertleşmesi) sağlanmasında şarttır. Testosteron aynı zamanda kemik iliğinde kan hücresi üretimi, kemik yapımı, lipid ve karbonhidrat metabolizması, karaciğer fonksiyonları ve prostatın büyümesi gibi birçok metabolik aktiviteyi düzenlemektedir.

Yaşlı erkeklerde testosterondaki düşüşün mekanizması nedir?

Genç erkeklerde testosteron düzeyi sabahları daha yüksek gözlenirken öğleden sonra düşmeye başlar. Bu değişim hipotalamo-pitüiter bölgeden pulsatil LHRH ve LH salınımına bağlıdır. Yaşlanma ile birlikte bu ritim giderek bozulur ve sonunda kaybolur. 50 yaş üzeri erkeklerin yaklaşık 1/3'ünde erken sabah testosteron düzeyleri anlamlı şekilde düşerek normalin altına iner. Yaşlanma ile birlikte oluşan androjen seviyelerindeki düşmenin bir kısmı bu ritim bozukluğuna bağlı olsa da bir kısmı da testislerden yetersiz üretime bağlıdır. Bununla ilgili olarak yapılan çalışmalarda Leydig hücrelerinde sayıca azalma ve testiküler perfüzyonda bozulma saptanmıştır. Ayrıca, Leydig hücrelerinde testosteron sentezinden sorumlu enzim aktiviteleri de yaşla paralel olarak azalmaktadır. Dolaşımdaki testosteronun azalması yaklaşık 30 yaşında başlamakta ve her 10 senede yaklaşık %10 azalmaktadır.

Bunun yanında ilerleyen yaşla beraber dolaşımında testosterona bağlanan bir protein olan seks hormon bağlayıcı globülin düzeyleri artmakta ve daha fazla testosterona bağlanmaktadır. Böylece dolaşımda bioyararlanımı mümkün olan serbest testosteron seviyesi düşmektedir. Andropoz bioyararlanımı mümkün olan serbest testosteronun düşmesi ile ilişkilidir.

Yaşlanma ile birlikte testosterondaki düşme ile beraber diğer hormon seviyelerinde de belirgin oynamalar söz konusudur. Daha önceden testosteron azalmasına bağlanan birçok kliniğin gözlenmesinde bu hormonların da rol oynadığı bilinmektedir:

1. 1. Dehidroepiandrosteron:
2. 2. Büyüme hormonu
3. 3. Melatonin
4. 4. Prolaktin, östradiol, kortikosteroidler ve leptin.

Andropoz sıklığı nedir?

Andropozun sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Yaşam beklentisindeki artışla birlikte yaşlı nüfus sayısı ve andropoz sıklığı da artmaktadır. Belli bir yaştan sonra tüm erkeklerde serbest testosteron seviyeleri düşmektedir ancak bazı erkeklerde çok daha düşük seviyelere inmektedir. Sağlıklı erkeklerdeki testosteron düzeyi büyük değişkenlik gösterdiği için aynı miktarda testosteron düzeyindeki azalma her zaman aynı etkiye neden olmamaktadır. Bu, neden bazı erkeklerde andropoz belirtileri görüldüğünü açıklamaktadır. Ellili yaşlardaki erkeklerin yaklaşık %30'unda andropoz belirtilerine neden olabilecek düşük testosteron düzeyleri görülmektedir. 40–60 yaşları arasındaki erkeklerin %7'si, 60–80 arasındakilerin %21'i ve 80 üzerindekiilerin ise %35'i normalin altında testosteron düzeylerine sahiptirler.

Andropoz nasıl ortaya çıkar?

40–55 yaş aralığındaki erkekler kadınlardaki menopoza benzer bir süreç içine girerler. Bu sürece girişin kadınlarda menstrasyonun kesilmesi gibi kesin bir işareti yoktur ancak benzer şekilde hormonlarda (kadınlarda östrojen, erkeklerde testosteron) düşme görülür. Kadınlarda ortaya çıkan kliniğin tersine androjen düşüklüğü son derece yavaş ilerleyen ve her erkekte belirti yaratmayan bir durumdur. Bu geçiş dönemi erkeklerde çok uzun bir döneme yayılabilir. Psikolojik stres, alkol, yaralanma ya da cerrahi girişimler, ilaçlar, şişmanlık ve enfeksiyonlar bu dönemin kısalmasına katkıda bulunabilir. Vücut yapısında değişiklik çok yavaş ortaya çıkarken beraberinde davranışlarda ve ruhsal durumda değişiklik, bitkinlik, enerji kaybı, cinsel istek ve hareketlerde yavaşlama görülebilir. Testosteron seviyelerinde azalma aynı zamanda kalp hastalığı ve kemiklerde zayıflamaya da yol açmaktadır.

Testosteron düşüklüğü neden önemlidir?

Dolaşımdaki testosteron düşüklüğü testosteronun hedef organlarda gösterdiği etkinin azalmasına neden olmaktadır. Klinik bulgular kolaylıkla yaşlanmanın sonucu olarak yorumlanabilir. Tipik olarak testosteron seviyesinde azalma

- Cinsel istekte azalma
- Özellikle gece ereksiyonlarında olmak üzere ereksiyon kalitesinde azalma
- Duygusal, psikolojik ve davranışsal değişiklikler, entelektüel kapasitede azalma, yorgunluk, depresyon ve sinirlilik hali
- Kas yoğunluğunda ve gücünde azalma
- Vücudun üst ve gövde kısmındaki yağ miktarında artma

- Osteoporoz ve sırt ağrısı
- Artmış kardiyovasküler riske neden olmaktadır.

Tanı koymak için tüm bu bulguların hepsinin bir arada olması gerekmediği gibi bulgulardan herhangi birinin şiddetli olması diğerlerinin şiddetini de belirlemez. Yaşla birlikte gözlenen androjen düşüklüğü bireyler arasında oldukça farklılık gösterir. Bu farklılığa neden olan faktörler hakkında henüz net bir bilgi yoktur.

Cinsel istekte azalma, ereksiyonlarda zayıflama ve kısa sürme, orgazm hissinde ve ejakülat hacminde azalma yaşlanma ile ortaya çıkan androjen düşüklüğünün cinsel sistemdeki belirtilerini oluşturur. Ayrıca, uyku ve erken sabah ereksiyonu sayıları ve bu ereksiyonlardaki sertlik azalır.

Sağlıklı bir erişkinde kemik dokusu sürekli olarak yıkılıp, tekrar yapılmaktadır. Osteoporozu olanlarda ise yapılandan daha fazla doku yıkılmaktadır ve sık kırık ve kemik ağrıları görülmektedir. Erkeklerde testosteron bu dengenin sağlanmasında rol oynamaktadır. Artan yaşla beraber testosteron düzeyinde azalma erkeklerde artmış osteoporoz riskine neden olmaktadır. Özellikle 40–70 yaşlar arasındaki erkeklerde kemik dansitesi yaklaşık %15 oranında düşmektedir. Elli yaşın üzerindeki her 8 erkeğin birinde osteoporoz görülmektedir. Erkeklerde osteoporozun ikinci sıklıkta rastlanılan nedeni androjen eksikliğidir. Femur (uyluk kemiği) başı kırığı olan yaşlı erkeklerin %50'sinde androjen eksikliği bulunur. Femur boynu kırığı erkekte önemli bir morbidite nedenidir.

Yapılan anjiyografik çalışmalarda ileri derecede koroner hastalığı olan erkekler koronerleri daha az daralmış olanlara göre daha düşük testosteron düzeyine sahip olma eğilimi göstermektedirler. Diğer çalışmalarda testosteronun insülin direnci ve hipertansiyon üzerine faydalı etkilerini bildirmiş, yağ sentezini azalttığı, karın yağlarında ise yağ yıkımını arttırdığı gösterilmiştir.

Tanı nasıl konulur?

Klinik olarak androjen eksikliği tanısını koymak oldukça güçtür. İlk planda hastalardan sağlıklı bir öykü alınması gereklidir. Mümkünse belirti skalası ile değerlendirme yapılabilir. Bu grup hastada sıkça rastlanan diabet, damarsal hastalıklar ve malign hastalıklar mutlaka sorgulanmalıdır. Fizik muayenede küçük testisler ve testis kıvamının yumuşak olması ve kılınmada azalma sık rastlanan androjen eksikliği bulgularıdır. Risk grubu olan ya da androjen eksikliğinden şüphelenilen hastalarda sabah 8-11 saatleri arasında testosteron düzeylerine bakılmalıdır. En iyi parametre serbest ve proteine bağlı kesimin ölçümüdür. Orta yaş üstü erkeklerde seks hormon bağlayıcı protein yüksekliği ve ritim bozukluğu nedeniyle

total testosteron ölçümleri yanıltıcı olabilir. Bu hastalarda tedavi planlamadan önce prostat mutlaka değerlendirilmeli ve serum prostat spesifik antijen (PSA) düzeylerine de bakılmalıdır.

Tedavisi nasıl yapılır?

Androjen eksikliği medikal olarak (testosteron yerine koyma tedavisi) tedavi edilebilir. Tedavi ile kemik yoğunluğu düzenlenmekte, büyüme hormonu seviyesi normale dönmekte, kas gücü ve zihinsel fonksiyonlar belirgin derecede düzelmektedir. Ayrıca bu tedavi ile birlikte cinsel hayatın yeniden yapılandırılmasının yanında, libido ve kendini iyi hissetme hali yeniden hastaya kazandırılmaktadır.

İdeal hormon tedavisinde kanda fizyolojik testosteron seviyesi sağlanmalıdır. Tedavide testosteron içeren oral tabletler ve kapsüller, intramusküler ajanlar, kısa veya uzun etkili implantlar, transdermal ajanlar kullanılmaktadır. Ritmik salınım yalnızca transdermal ajanlarla veya doz ayarlaması yapıldığında oral ajanlarda sağlanabilmektedir.

Testosteron yerine koyma tedavisi alan hastalarda klinik etkiler nelerdir?

Testosteron tedavisinde alınan yanıtın değerlendirilmesinde kullanılan hedef organlar: kas kitlesi, yağ kitlesi ve kemik kitlesidir. Yaşlı erkeklerde testosteron tedavisi ile kas kitlesinde ve kuvvetinde artış sağlanabilmektedir. Androjen eksikliği olan erkeklerde testosteron yerine koyma tedavisi ile kemik mineral dansitesi artmaktadır. Testosteronun vücut ve organlara ait yağ miktarını azaltıcı etkisi bulunmakta ve lipid düzeylerini düzeltmekte, neticede vasküler tıkanıklık riskini azaltmaktadır. Aynı zamanda fibrinolitik aktiviteyi artırarak ve fibrinojeni düşürerek koroner arter hastalıklarını azalttığı ileri sürülmektedir.

Bunlarla birlikte cinsel istek, erektil (sertleşme) fonksiyon ve ruh halindeki değişikliklerde androjen tedavisinin yanıtının değerlendirilmesinde kullanılırlar. Birçok çalışmada testosteron tedavisinin cinsel isteği düzelttiği bildirilmiştir. Ayrıca düşük testosteron seviyelerinde genellikle görülmekte olan halsizlik ve yorgunluk hissini ortadan kalkmasına neden olup testosteron yerine koyma tedavisi erkeğin kendini daha iyi hissetmesini sağlamaktadır.

Bugün elimizdeki veriler testosteron yerine koyma tedavisi tedavisinin fizyolojik testosteron düzeylerini ve ritmik değişikliklerini sağlayarak yaşam kalitesini arttırdığını göstermektedir. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkabilecek bazı hastalıkları azaltabileceği gibi belki de yaşlı, andropoza girmiş erkeklerde yaşam beklentisini de artırabilir. Tedavi öncesinde

prostat kanseri yoksa testosteron yerine koyma tedavisi büyük olasılıkla prostata zarar vermeyecek bir tedavidir.

Testosteron yerine koyma tedavisi tedavisinin yan etkileri nelerdir?

- Bazen ağırlı da olabilen hafif ya da orta derecede jinekomasti
- Sıvı ve yağ-dışı vücut kitlesindeki artışa bağlı olarak kilo artımı
- Akne (sivilce) gelişimi
- Sıvı retansiyonu
- Polisitemi (hemoglobin, eritrosit ve hematokrit düzeyleri aşırı yükselme)
- Uyku apnesini uyarabilir ya da kötüleştirebilir
- Testislerde atrofi ve spermatogenez bozukluğu

Testosteron yerine koyma tedavisi kimlere önerilmez?

Testosteron yerine koyma tedavisi yalnızca prostat kanseri olan olgularda kesinlikle önerilmez. Hem benign prostat hiperplazisi (BPH) hem de prostat kanseri yaşlı erkeklerde sık görülen sorunlardır. Her iki hastalığın tedavisinde de testosteronun baskılanmasına yönelik yaklaşımlar söz konusu olduğundan, testosteron yerine koyma tedavisinin bu hastalıkların riskini arttırıp arttırmayacağı başlıca tartışma konusudur.

Genel olarak kabul edilen yaklaşım testosteron yerine koyma tedavisine başlanmadan önce prostat kanseri varlığını araştırılmasına yönelik tüm incelemelerin yapılmasıdır. Ayrıca tedavi başlanan hastalarda PSA takibine özellikle önem verilmelidir. BPH testosteron yerine koyma tedavisi için bir kontrendikasyon değildir, ama tedavi sırasında işeme güçlüğü artmasının androjenik uyarıma bağlı olabileceği düşünülerek BPH'ya özel tedavilerin de eklenmesi, doz azaltılması ya da tedavinin kesilmesi gerekebilir. Ayrıca meme kanseri bulunan erkeklerde de testosteron kesinlikle önerilmez, çünkü östrojene çevrilerek meme kanseri gelişimini artırabilir. Karaciğer hastalığı, kalp ve damar hastalığı, ödem, böbrek hastalığı ve diabet varlığında dikkatle kullanılmalıdır.

Testosteron yerine koyma tedavisi hastaların takibi nasıl yapılmalıdır?

Yaşam boyu devam edecek olan testosteron yerine koyma tedavisi süresince hastaların takibi son derece önemlidir. Hastaların takibinde temel izlem kriteri şüphesiz testosteron yerine koyma tedavisi endikasyonunun konulduğu patoloji olacaktır. Hastaların uzun dönem takiplerinde tedavinin yan etkilerinin gözlenebileceği karaciğer, lipid profili ve

kardiyovasküler hastalıklar, eritropoez, prostat belirtileri, uyku bozuklukları, sosyal uyum ve duygusal durumun yakından takip edilmesi tedavinin başarılı olmasında şüphesiz en önemli etkenlerdir.

Bölüm 7

Sigara ve yaşlanma

Prof.Dr.Nazmi Bilir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Hacettepe Üniversitesi GEBAM Yönetim Kurulu Üyesi

Bütün canlılar gibi insanlar da doğar, büyür ve yaşlanırlar. Eski çağlarda salgın hastalıklar ve savaşlar nedeni ile insanlar uzun yaşamaz, ileri yaşlara kadar ulaşamazlardı. Uzun yaşama, yani yaşlanma insan ömrünün uzamış olmasının göstergesidir. Salgın hastalıkların kontrol altına alınmış olması, uzun yıllar süren savaşların azalması sonucunda insanlar daha uzun ömürlü olmuşlardır. Bundan 30 yıl önce doğan bir bebek 60 yaşına kadar yaşayamazdı. Bugün ise ülkemizde doğan bir bebeğin 70 yaşından daha uzun yaşayacağı hesaplanmaktadır. Toplumların yaşam standartlarının yükselmesi, gelir düzeyinin artması, sağlık hizmetlerindeki gelişmeler sonucunda insanların yaşam süreleri uzamıştır. Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak, özellikle sağlığın korunması alanındaki gelişmeler yaşam süresinin uzaması bakımından çok etkili olmuştur.

İnsanların sağlığı başlıca iki temel faktör tarafından belirlenir. Bunlardan birisi kişinin genetik yapısı, yani aileden ve soydan gelen bazı özelliklerdir. Diğeri ise çevre faktörleri ve kişinin sağlıkla ilgili bazı davranışlarıdır. Sağlıklı olmak veya hastalanmak, bu iki temel faktörün etkisi sonucu ortaya çıkar. Genetik faktörlerin ve sağlıkla ilgili davranışların olumlu olduğu durumda hastalıklar meydana gelmez. Aksine, genetik faktörleri bakımından olumsuzluk varsa, veya çevre faktörleri ve sağlık davranışları olumsuz ise hastalıklar kolayca gelişebilir. Genetik özelliklerin hastalıkların meydana gelmesi üzerindeki etkisi değişiktir. Bazı hastalıklarda genetik faktörlerin etkisi daha fazladır, diğeri bazılarında ise genetik faktörler çok belirleyici değildir. Aslında genetik faktörlerin etkisi ile çevresel faktörler ve sağlıkla ilgili davranışlar arasında da etkileşimler olmaktadır. Yani, sağlıkla ilgili davranışların olumlu olduğu durumda genetik olarak bir yatkınlık olsa bile, hastalık meydana gelmez. Bugünkü bilgilerin ışığında genetik faktörleri değiştirme olanağı bulunmadığına göre, hastalıkların meydana gelmesini önlemek bakımından sağlıkla ilgili davranışların olumlu hale getirilmesi çok önemlidir.

Sigara kullanımı

çok sayıda ciddi hastalığın meydana gelmesinde başlıca etkindir

Bireysel davranışlar içinde sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanılması durumunda çok sayıda hastalığa yatkınlık artar. Geçtiğimiz 50-60 yıl boyunca yapılmış olan çok sayıda araştırma, sigara kullanımı ile pek çok ciddi hastalık arasında önemli ilişkilerin varlığını ortaya koymuştur. Yaşın ilerlemesi ile zaten vücutta meydana gelen çeşitli değişiklikler sigara kullanımından olumsuz olarak etkilenir, hastalıklar şeklinde ortaya çıkabilir. İlerleyen yaş ile birlikte görülme sıklığı artan başlıca hastalıklar ve bu hastalıkların sigara kullanımı ile ilişkisi şu şekildedir:

- 1) 1) **Koroner kalp hastalıkları:** Yaşlılardaki hastalık ve ölüm nedenleri arasında ilk sırada gelen hastalıklardır. Toplumda koroner kalp hastalığı nedeniyle olan bütün ölümlerin dörtte üçü yaşlılardır. Hastalığın başlıca belirtisi olan göğüs ağrısı yakınması da yaşlılarda genellikle olmadığından, hastaların önemli bir bölümünde hastalık gizli kalabilir. Öte yandan yaşlılarda koroner kalp hastalığının tedavisi bakımından da güçlükler vardır. Yaşlıda bazı müdahalelerin yapılması zordur, bu müdahalelere bağlı komplikasyonlar da yaşlılarda daha fazla sorun yaratabilir. Bir çalışmada kalp kateterizasyonu ve anjiyografi sırasında enfarktüs geçirme, ani ölüm ve nörolojik komplikasyonların yaşlılarda daha fazla ortaya çıktığı bulunmuştur. Öte yandan yaşlıda ilaç kullanımının da güçlükleri vardır; kullanılan ilaçların yan etkileri yaşlıda daha çok olabilir. Koroner kalp hastalığının meydana gelmesinde de başlıca etkenlerden birisi sigaradır. Sigara dışında yüksek kan kolesterol düzeyi, hipertansiyon, şişmanlık, stres gibi bazı faktörler de bu hastalığın oluşunda rol oynarlar. Ancak sayılan faktörlerden herhangi birisinin varlığında sigara içilmesi, hastalık riskini daha da artırmaktadır.
- 2) 2) **Hipertansiyon:** Yaşlanma ile birlikte artan sağlık sorunlarından birisi de hipertansiyondur. Genç yaşlarda seyrek olan hipertansiyon 45 yaşın üzerinde her 5 kişiden birisinin sorunudur. Yaş daha ilerlediğinde, örneğin 65 yaşın üzerindeki grupta ise iki kişiden birisinin tansiyonu yüksektir. Hipertansiyon oluşunda sigaranın rolü olduğu tartışmalıdır. Ancak sigara, hipertansiyonla birlikte olduğunda örneğin koroner kalp hastalığı bakımından daha fazla risk yaratmaktadır. Koroner kalp hastalığı için hipertansiyon ve sigara birbirinden bağımsız olarak risk yaratırlar, her bir faktör

hastalığın riskini 2 katı kadar artırır. Ancak birlikte buldukları zaman risk artışı 5 ile 10 kat arasına yükselmektedir.

- 3) 3) **Kanser:** Kanser görülme sıklığının ilerleyen yaş ile birlikte arttığı bilinmektedir. İnsanlardaki kanserlerin en az 10 tanesinin meydana gelmesinde de sigara önemli rol oynar. Bu kanserlerin başında akciğer kanseri gelmektedir. Bütün akciğer kanseri olgularının yüzde 85-90 kadarı sigara nedeniyle meydana gelir. Akciğer kanseri dışında gırtlak kanseri, ağız boşluğu, yutak, yemek borusu, mide, kalın barsak, pankreas, mesane, meme ve serviks (rahim boynu) kanserinin oluşunda da sigaranın rolü vardır. İnsanlardaki bütün kanserlerin yaklaşık olarak üçte birinden sigara sorumlu tutulmaktadır.
- 4) 4) **Kronik akciğer hastalıkları:** Yaşlanma ile birlikte vücuttaki en belirgin değişikliklerin görüldüğü organlardan birisi akciğer ve solunum sistemidir. Yaşlılarda akciğerlerin kapasitesinde önemli azalma meydana gelir. Bu değişikliklerin yanı sıra vücudun bağışıklık sisteminde de gerileme olur ve bu durum yaşlılarda enfeksiyonlara, özellikle de alt solunum yolları enfeksiyonlarına eğilimi artırır. Bunun dışında yaşlılarda sık olarak görülen kronik bronşit ve amfizem de enfeksiyonların kolay yerleşmesi bakımından önemlidir. Özellikle kronik bronşitin meydana gelmesinde sigara içilmesinin başlıca bir risk faktörü olduğu öteden beri bilinmektedir. Sigara etkisi ile hava yollarının içinde bulunan tüycükler harabolur, böylelikle akciğerlerin savunma mekanizması bozulur.
- 5) 5) **Sinir sistemi hastalıkları ve ruhsal sorunlar:** Yaşlılıkta görülme sıklığı artan sorunlar arasında sinir sistemi ile ilgili hastalıklar da önemli yer tutar. Beyin damarlarının hastalıkları, felç (inme) yaşlılarda en sık ölüm nedenleri arasındadır. Bu hastalıkların oluşunda sigara önemli rol oynamaktadır. Yaşlanmaya paralel olarak artan bir tablo da Alzheimer hastalığıdır. Önceleri sigara içmenin bu hastalık bakımından koruyucu rol oynadığı şeklinde bilgiler yayılmışsa da geniş kapsamlı çalışmaların sonucunda sigaranın herhangi koruyucu etkisi olmadığı, hatta eğer bir etki varsa bunun Alzheimer hastalığını artırıcı yönde olduğu bilgisi ortaya konmuştur. Algılama fonksiyonlarında yaşlanma ile ortaya çıkan kayıpların da sigara içenlerde daha fazla olduğu bulunmuştur.
- 6) 6) **Osteoporoz:** Menopoz sonrası dönemde kadınların sık karşılaştıkları sorunlardan birisi osteoporozdur. Osteoporoz gelişmesinde beslenme alışkanlığı, fizik aktivite, alkol kullanımı gibi değişik faktörlerin yanı sıra sigara içmek de etkilidir.

Sigara içen kadınlarda osteoporoz sıklığının daha fazla olduğu araştırmalarla ortaya konuştur.

- 7) 7) **Diyabetes mellitus:** Yetişkin tipi (Tip II) diyabetes mellitus da yaşlılıkta olasılığı artan sağlık sorunlarından. Diyabetin meydana gelmesinde sigaranın etkisi olduğu konusundaki bilgiler giderek artmaktadır. Öte yandan diyabetin genelde damar yapısını bozan bir hastalık olduğu dikkate alındığında, diyabetli kişilerin sigara kullanmaları durumunda damar hastalıklarının ortaya çıkma olasılığının artacağı da dikkate alınmalıdır.
- 8) 8) **Ağız ve diş sağlığı sorunları:** Diş ve diş eti ile ilgili sorunların, özellikle de diş eti hastalıklarının sigara içenlerde daha sık olduğu bilinmektedir. Yaşlanmanın da bu sorunları kolaylaştırıcı etkisi vardır.
- 9) 9) **Diğer sağlık sorunları:** Yaşlanan organizmada sayılan hastalıklar dışında da bazı sağlık sorunlarının ortaya çıkması beklenir. Bu sorunların bir kısmında vücudun kan dolaşımının bozulması ve yetersiz kalması rol oynamaktadır. Sigara içilmesi de damar bozukluğunun (damar sertliği, arterioskleroz) meydana gelmesi bakımından önemli bir faktördür. O halde sigara içen kişilerde kan dolaşımı yetersizliğine bağlı sorunların daha fazla olması beklenir. Bunlar arasında derinin yaşlı görünüm alması, deri enfeksiyonları, vücudun uç kısımlarında, özellikle ayak parmaklarında dolaşım bozukluğuna bağlı sorunlar sayılabilir. Ayrıca yaşlıların soğuk havada daha çok üşümesi, barsak kan dolaşımındaki yetersizlik nedeniyle besinlerin emiliminin bozulması sonucu beslenme bozukluğu gibi durumlar da sigara içenlerde daha fazla görülür.

Korunma

Yaşlanma ile meydana gelen değişikliklerin önlenmesi amacı ile “sağlıklı yaşam” ilkelerinin uygulanması gereklidir. Bu ilkeler sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma ve sigara içmeme olmak üzere üç ana başlık altında özetlenebilir. Yaşlanmanın kaçınılmaz bir süreç olmasına karşılık sağlıklı yaşam ilkeleri ve bu arada sigara içilmesi kontrol edilebilir, korunulabilir ve değiştirilebilir bir durumdur. Sigaranın yaşlılıkla birlikte gelişen pek çok sağlık sorununda artırıcı rol oynadığı dikkate alındığında, sigara içiminin kontrol edilmesinin gerekli olduğu ortaya çıkar. Bu amaçla bir yandan sigara alışkanlığının edinilmemesi için çaba gösterilirken, diğer taraftan da sigara içenlerin bu alışkanlıktan kurtulmalarına yardımcı olacak uygulamalar yapılmalıdır. Hatta başkalarının içtiği sigaradan pasif olarak etkilenenlerin de korunması gereklidir. Böylelikle yaşlanma süreci üzerinde

olumsuz etkisi olan sigara kullanımının toplumsal düzeyde kontrol edilmesi bakımından birbirini tamamlayan üç yaklaşım ortaya çıkmaktadır:

- (a) (a) Sigaraya başlamanın önlenmesi: Sigara içmek insanların sonradan edindikleri bir davranıştır. Çalışmalar sigaraya başlama yaşının 13 yıl dolayında olduğunu göstermektedir. Bu durumda sigaraya başlamanın önüne geçmek için özellikle çocuklara yönelik programların uygulanması gereklidir. Bunlar arasında sigara reklamlarının yasaklanması, sigara içilebilecek yerlerin azaltılması, çocuklara sigara satışının yasaklanması, otomatik sigara makinaları (vending machine) ile sigara satışı yapılmaması, sigara fiyatının artırılması, sigaranın zararları konusunda eğitim yapılması gibi uygulamalar sayılabilir.
- (b) (b) Sigara içenlerin vazgeçmelerine yardım edilmesi: Halen dünyada 1.3 milyar sigara içen kişi vardır. Türkiye’de de 17 milyon kişi sigara içmektedir. Sigara içmeyenlerin bu alışkanlığı hiç edinmemeleri için çaba gösterilmesi önemlidir, ancak sigara içenlerin yarısının sigaraya bağlı bir nedenle ve sigara içmeyenlere göre ortalama olarak 22 yıl daha erken öldükleri bilinmektedir. Bu kişilerin sigarayı terketmeleri durumunda sigaraya bağlı sağlık sorunlarının azaldığı da bilinmektedir. Bu nedenle bu yönde çaba gösterilmesi gerekmektedir. Sigara içenlerin bu alışkanlıktan vazgeçmeleri bakımından en önemli yaklaşım eğitim olmalıdır. Sigaranın zararları ve sigarayı bırakmanın yararları (öncelikle sağlık yönünden ve ekonomik yönden) anlatılmalıdır. Ayrıca sağlık personelinin bu yöndeki uyarılarının da yarar sağladığı bilinmektedir. Toplu olarak bulunulan yerlerde sigara içiminin kısıtlanması ve böylelikle sigara içilebilecek yerlerin azaltılması da bu bakımdan yararlıdır.
- (c) (c) Sigara dumanından pasif etkilenenlerin korunması: Kendileri sigara içmediği halde çevrede bulunan diğer insanların içtikleri sigaradan pasif olarak etkilenen kişilerde de sigaranın neden olduğu sağlık sorunları (akciğer kanseri, koroner kalp hastalığı, felç) daha sık görülmektedir. Bu nedenle sigara dumanından pasif etkilenmenin de önlenmesi gereklidir. Bu amaçla toplu olarak bulunulan yerlerde sigara içilmesine izin verilmemelidir. Sigara içen kişiler diledikleri yerlerde sigara içmeyi kendileri açısından bir hak olarak ifade edebilmektedirler. Ancak sigara içmeyenlerin de sigara dumanının olmadığı bir ortamda yaşama ve sigara dumanı olmayan bir havayı soluma hakları dikkate alınmalı, sigara içmeyenler bu haklarını bilerek bu haklarına sahip çıkmalı ve savunmalıdır.

Sigaranın yol açtığı sağlık sorunlarından korunmak için

- □ *sigara alışkanlığı hiç edinilmemelidir*
- □ *sigara içenler bu alışkanlıktan hemen vazgeçmelidir*
- □ *sigara dumanından pasif etkilenim önlenmelidir*

Sonuç

Yaşlanmaya paralel olarak gelişen değişiklikler ve yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları sigara içen kişilerde daha fazla olarak meydana gelmektedir. Sigara içilmemesi, bu sorunlardan korunma bakımından çok önemlidir. Sigara endüstrisinin sigara satışlarını artırmaya yönelik çabalarına karşılık bu sorunlardan korunmak için sigara ile mücadelenin ısrarlı ve kararlı bir şekilde sürdürülmesi gerekmektedir.

Her canlı zaman içinde büyür ve yaşlanır. Yaşlanma ile birlikte organizmada çeşitli değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler belirli bir düzeyi geçerse sağlık sorunu haline dönüşür. Sigara içilmesi hem bu değişikliklerin, hem de sağlık sorunlarının oluşmasını kolaylaştırıcı, artırıcı rol oynar. Yaşlılarda sık görülen sağlık sorunlarından kalp-damar hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları, beyin damarlarının hastalıkları ve çeşitli kanserler sigara içenlerde daha fazla görülmektedir. Bu hastalıklar aynı zamanda yaşlılardaki ölümlerin de başlıca nedenleridir. Bu sağlık sorunlarından korunmak için sigara içilmemelidir. Canlılarda yaşlanmanın kaçınılmaz bir süreç olmasına karşılık, sigara içilmesi kontrol edilebilen ve değiştirilebilen bir davranıştır.

Bölüm 8

Deri sorunları ve deri bakımı

Prof.Dr.Ayşen Karaduman

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Hacettepe Üniversitesi GEBAM Müdür Yardımcısı

Tüm dünyada giderek artan yaşlı popülasyonu nedeni ile hem sistemik hastalıkların ve hemde deri hastalıklarının görülme sıklığı artmaktadır. Yaşlılardaki cilt sorunları genellikle hayatı tehdit etmez ancak günümüz insanı hem daha uzun ve sağlıklı yaşamak isterken hemde daha genç görünmek isteme arzusundadırlar. Deri, görünür bir organ olması nedeniyle yaşlanma belirtilerini en belirgin olarak yansıtan organdır ve bu nedenle yaşlanma süreci içinde deride ortaya çıkan değişiklikler kişileri sosyal yaşamlarında çok fazla etkilemektedir. Günümüzde artan yaşlı popülasyonunu oluşturan bireylerin yaşamlarını sosyal açıdan daha aktif geçirme isteğinde oldukları görülmektedir. Bunun sağlanmasında sağlıklı ve güzel görünüme sahip deri, tırnak ve saçların varlığı önem taşımaktadır. Bu nedenle, deri yaşlanmasını önlemeye

yönelik tedbirlerin alınması, yaşlılık dönemine ait deri değişikliklerinin ve hastalıkların bilinmesi, cildin korunması ve bakımı giderek güncellik kazanmaktadır.

Yaşlanmaya bağlı olarak oluşan deri değişiklikleri hem gerçek yaşlanma olarak adlandırılan doğal yaşlanma süreci içinde ve hem de çevresel faktörlerin etkisi ile ortaya çıkar. Doğal yaşlanma (Kronolojik/içsel yaşlanma) zamanın ilerlemesine bağlı olarak gelişen kaçınılmaz değişikliklerin olduğu bir süreçtir vebaşlıca androjenler ve diğer hormonlar tarafından düzenlenir Bu süreçte deri normal olarak yıpranmaya uğrar, oysa güneş gören alanlarda yaşlanma belirtileri çevre faktörlerine özellikle güneş ışınlarına bağlı olarak ortaya çıkar. Bu duruma **Işığa bağlı yaşlanma (Foto yaşlanma)** denir. Ultraviyole ışınlarına bağlı kronik etkiler yanı sıra rüzgar, sigara, ortamdaki nemin azalması gibi diğer çevresel faktörler derideki yaşlanma sürecini artırır veya hızlandırır. . Yaşlılarda güneş gören bölgelerdeki bu etkiler birikici güneş maruziyetine bağlıdır, klinik ve histolojik olarak kronolojik yaşlanmadan ayırt edilebilir. Deri yaşlanmasının başlangıç yaşını saptamak güçtür çünkü genetik, endokrin ve çevresel faktörler her birey için farklılık gösterir.

Yaşlılık tüm organları etkilediği gibi deride de birtakım değişikliklere neden olmaktadır. Doğal yaşlanma süreci içinde deride ortaya çıkan en çarpıcı değişiklikler; incelme, kuruluk, kabalaşma, kırışıklık, deri elastikiyetinin azalması sonucu gevşeme ve sarkma, kahverengi lekeler, seyrek ve gri saçlar, iyi veya kötü huylu oluşumların görülme sıklığının artmasıdır. Derimiz sadece estetik bir organ değildir, aynı zamanda vücut ısısını düzenlemek, vücut sıvılarının korunmasını sağlamak, altındaki organları zararlı dış etkilerden korumak gibi çok önemli görevleri üstlenmiştir. Malign (kötü huylu) neoplazmlar dışında, yaşlılık döneminde ortaya çıkan deri problemleri çoğunlukla hayatı tehdit etmemektedir. Ancak bu değişiklikleri bazı yöntemlerle gidermek mümkün olabilmektedir.

Yaşlanma ile birlikte derinin yapısında ve fonksiyonlarında birçok değişiklik ortaya çıkmaktadır (Tablo 1). Yaşlı derinin hücre yenilenme hızının azalması sonucu epidermis incelmeye yanı sıra deride küçük hasarların iyileşmesinde yavaşlama, iyileşmeyen ülserle eğilim, yara iyileşmesinde gecikme, bariyer fonksiyonu, ısı düzenlenmesi gibi fonksiyonlarında azalma ve yavaşlama olmaktadır. Deriden kimyasal maddelerin temizlenme hızı azaldığından yaşlılarda kontakt dermatit görülme sıklığı artar. Deriye renk veren hücrelerin (melanositlerin) sayısı ve fonksiyonlarının azalması sonucu özellikle güneş gören bölgelerde düzensiz kahverengi lekeler (yaşlılık lekeleri), deride solukluk olur. Pigmentasyon bozukluğu UV ışınlarına karşı bariyerin azalmasına neden olmaktadır. Derinin alt tabakalarında (dermis) kollajen ve elastin miktarının azalması ve bunların kaynağı olan hücrelerin sayısı ve hacimlerinin azalması, deride kırışıklık ve elastikiyetin azalması ile sonuçlanmaktadır.

Yaşlılarda ter bezi sayısı ve salgısının azalmasına bağlı olarak terleme azalır. Ayrıca derinin damarlanması da azaldığından yaşlılarda sıcak çarpması riskinin arttığı gözlenir. Yağ bezlerinin yağ salgısı üretme kapasitesi azalır ancak yağ bezlerinin büyüklüğü artar. Yüzde yağ bezi hiperplazisine bağlı olarak küçük, beyaz kabarıklıklar görülür. Ayrıca deride düzensiz yağlanmaya bağlı olarak yüz ve saçlı deride kaşıntı oluşabilir. Bu durum yağlanmayı kontrol eden sabun ve şampuanların kullanılması ile önlenir.

Gri veya beyaz saçlar yaşlanmanın en belirgin işaretlerinden biridir. Yaşla doğru orantılı olarak saçlar 50 yaşına kadar insanların %50'sinde özellikle temporal bölgeden başlayarak beyazlaşır. Kıl ünitesinin sayıca azalması ve yoğunluğunun azalması sonucu kılların büyüme hızları azalır ve her iki cinsiyette de yaşla birlikte artan yaygın saç dökülmesi görülür. Bu durum, tedaviye erken başlanması ve düzenli olarak kullanılması kaydı ile ve uzman doktora danışılarak kullanılacak solüsyonlarla tedavi edilebilir. Hormonal dengenin değişmesi sonucu kadınlarda menapoz sonrası özellikle alt çenede kalın ve sert kıllar görülebilir. Erkeklerde ise kaşlar, burun delikleri ve kulaklardaki kılların uzunluğu artar. Koterizasyon ve lazer uygulamaları ile istenmeyen kılların giderilmesi mümkündür.

Yaşlı insanlarda tırnaklar kuru ve gevrek bir hale gelir. Tırnaklar opaklaşır ve renkleri sarıdan griye döner ve düzleşir veya kaşık gibi olur. Tırnakların uzaması azalır, el tırnakları daha kırılğan ve uç kısımlarında ayrılma olurken ayak tırnakları kalınlaşır ve kıvrılır. Bu durumun oluşmasını engellemek için eldiven kullanarak deterjan ve kimyasal çözücülerden korumak (oje ve aseton gibi) , tırnakları kısa tutmak, tırnakların kurummasını ve kolay kırılmasını önler.

<i>Hücre yenilenme hızı</i>	<i>Duyu algılama</i>
<i>İmmün yanıt</i>	<i>Mekanik koruma</i>
<i>Isı düzenlenmesinde</i>	<i>Hasara yanıt</i>
<i>Ter ve yağ salgısı üretimi</i>	<i>Vitamin D sentez kapasitesinde</i>
<i>Bariyer fonksiyonu</i>	<i>Yara iyileşmesinde</i>
<i>Vasküler reaktivite</i>	<i>Kimyasal maddeleri arındırmada</i>

Tablo 1 .Doğal yaşlanma sürecinde derinin fonksiyonlarındaki azalma

Bu yazıda yaşlılarda en sık karşılaşılan deri problemlerinden bahsedilecektir. Yaşlılarda en sık karşılaşılan cilt sorunları; kuruluk, kaşıntı, iyi ve kötü huylu oluşumlar, staz dermatiti ve bacak ülserleri, ayak sorunları, mantar hastalıkları, kontakt dermatit olarak sıralanabilir.

Deri kuruluğu (Kserozis), yaşlılarda kaşıntı nedenlerinin başında gelir. 65 yaşın üzerindeki insanların %75'ini etkileyen önemli bir sorundur. Kuruluk bacaklarda daha fazla olmak üzere ellerin üzerinde, kollarda ve gövdede görülür. Kaşıntı ile birlikte, bu bölgelerde cilt kuru, kepekli ve çatlak görünümündedir. Çatlaklar ve yarıklar epidermal su kaybına bağlıdır. Derin çatlaklar ince kan damarlarının zedelenmesine ve kanamalara neden olur. Bu bölgelerden alerjen maddelerin girişi artacağından alerjik ve iritan kontakt dermatit ve buna ikincil cilt enfeksiyonlarının görülme sıklığı artar. Yaşla birlikte yağ ve ter bezlerinin fonksiyonlarındaki azalma derinin nemlenmesinin azalmasına dolayısıyla kuruluğa neden olur. Güneş ışınlarına bağlı hasar derinin bütünlüğünün bozulmasına ve su içeriğinin azalmasına neden olarak kuruluğa yol açar. Ayrıca soğuk ve kuru hava, ortamın neminin az olması, klima cihazları kuruluğu arttıran diğer çevresel faktörlerdir. Bu yaş grubundaki kişilerde var olan sistemik hastalıklar ve bunlar için kullanılan tedaviler kserozisin diğer önemli nedenlerindedir. Kuruluğun giderilmesinde; keratolitikler, nemlendiriciler ve kortikosteroidler kullanılır. Kepeklerin azaltılmasında alfa-hidroksi asit, laktik asit ve üre içeren preparatlar kullanılmalıdır. Deriyi nemlendirmek amacı ile nemlendirici içeren sabunlar kullanılması ve banyo sonrası ilk beş dakika içinde nemlendiricilerin uygulanması kuruluğu ve dolayısıyla kaşıntıyı azaltabilir. Ayrıca çok sıcak ve aşırı sabunla yıkanmanın azaltılması, nemlendirici içeren sabunların kullanılması alınacak diğer önlemlerdir.

Kaşıntı, yaşlılarda rahatsızlık veren yakınmadır. Kuruluk kaşıntının en önemli nedenlerinden biridir. Ancak kaşıntıya neden olabilecek bir deri hastalığı, sistemik bir hastalık (Diabet, böbrek yetmezliği, guatr, karaciğer hasarlıkları, demir eksikliği anemisi, kanserler), sistemik veya yerel ilaç kullanımı mutlaka ekarte edilmelidir. Başlangıçta şiddetli kaşıntıya rağmen deride görünür bir değişiklik olmazken daha sonra tırnaklama etkisi ile üzeri kanatılmış görünümle birlikte, sert plaklar oluşur. Bu çatlaklar ikincil enfeksiyonlara zemin hazırlar. Kaşıntı, düşük ısı ve düşük nem oranı nedeni ile kış aylarında daha fazladır. Çok sıcak su ve tahriş arttırıcı banyo yapılması kaşıntıyı arttırır. Hafif kaşıntılarda sıcak banyo ve iritanlardan kaçınmak, ortamın neminin arttırılması, ılık su kompresleri gibi önlemlerle giderilmeye çalışılır. Daha sonraki aşamada nemlendiriciler, yerel kortizon ve yerel anestetik içeren içeren preparatlar kullanılabilir. Sistemik antihistaminikler kaşıntının giderilmesinde oldukça etkilidirler.

Tümörler

İyi huylu oluşumlar: Akrokordon, kırmızı damar benleri, seboreik keratozlar ve solar lentigo gibi oluşumların yaşla birlikte artması oldukça karakteristiktir. Seboreik keratozlar adı verilen iyi huylu oluşumlar değişik büyüklük ve renklerde olabilir ve yaşla görülme sıklığı ve sayıları artar. Özellikle güneş gören yerlerde daha fazla görülmekle birlikte, bunların doğal yaşlanmanın göstergesi olduğu düşünülür.

Non-melanoma deri kanserleri: Yaşla birlikte skuamöz hücreli ve bazal hücreli deri kanserleri görülme sıklığı artmaktadır. Bu lezyonları gelişiminde güneş (UV) ışınlarının hasarının yanı sıra hücrel immün fonksiyonlarının bozulması ve genetik faktörler rol oynamaktadır. Özellikle skuamöz hücreli kanser ve bunların öncü lezyonu olan aktinik keratozların oluşumunda kişilerin deri tipinin (açık ten) yanı sıra güneşin birikici etkilerinin mutlak rolü vardır. Yine yaşla birlikte epidermisin farklılaşmasının bozulması sonucu fokal (odaksal) doku çoğalmaları iyi huylu oluşumların ortaya çıkmasına neden olur. Kişilerin yaşam tarzı ve cilt renkleri onları güneş hasarından bir dereceye kadar koruyabilir. Güneş gören bölgelerdeki deride solukluk, ince ve kaba kırışıklıklar, kaba ve pürüzlü görünüm yanı sıra pigmentasyon bozukluğuna bağlı olarak çiller, kahverengi-düz (lentigo) lekeler, guttat hipomelanoz gibi depigmente lezyonlar, ince damar genişlemeleri, ve bazı kanser öncüleri lezyonlar görülebilir. Güneş ışınlarının birikici etkileri deride iyi ya da kötü huylu tümörlerin oluşmasına yol açmaktadır, ancak cildimizde oluşan bütün kahve renkli oluşumlar kanser değildir. Bir kısmı yaşla ve güneş etkisi ile oluşan iyi huylu oluşumlardır. Ancak ülkemizin yılın büyük bir bölümünde güçlü güneş ışınlarına maruz kaldığı göz önünde bulundurularak güneş ışınlarından yararlanırken korunmayı da bilmemiz gerekir. Bu değişiklikler önemli ölçüde güneş ışınlarının birikici etkisine bağlı olduğundan güneş ışınlarına karşı koruyucu önlemlerin erken yaşlardan itibaren alınması gerekmektedir. Bu amaçla giysilerle korunmanın (şapka) yanısıra, düzenli olarak güneşten koruyucu kremlerin kullanılması oldukça yararlıdır. Güneşten koruyucular güneş hasarı bulgularının şiddetini ve sonuçlarını belirgin olarak azaltır. Cilt tiplerine ve yapısına uygun koruyucular doğru zaman ve şekillerde kullanılmalıdır. Klasik kimyasal ve fiziksel koruyucular, ayrıca serbest radikal denilen hücreler için zararlı kimyasalları yakalama kapasitesi olan ve E vitamini ve betakaroten gibi antioksidan vitaminler eklenerek koruyucular kullanılmalıdır. Ayrıca yerel olarak sentetik A vitamini (%0.05'lik tretinoin) içeren kremlerin kullanılması (gece yatmadan önce) güneşe bağlı etkilerin azalmasını sağlar.

Enfeksiyonlar: Yaşlılarda kişisel bakımın sağlanmasındaki güçlük, hücre yenilenme potansiyelinin, ve immünolojik fonksiyonların azalması bakteriyel, parazitik, fungal ve viral enfeksiyonların bu yaşta daha sık oluşmasına neden olur. Yaşlılarda bacaklardaki ödem, dolaşım bozuklukları, kuruluk ekzeması ve diabet gibi hastalıklar selülit ve erizipel gibi bakteriyel enfeksiyonlara yol açabilir. Yine yaşlılarda skabies bağışıklık sisteminin yetersizliği nedeni ile atipik görünümde ve daha yaygın görünümde olabilir. Yüzeysel mantar enfeksiyonlarının görülme sıklığı 60 yaşından sonra artar. Özellikle ayak ve tırnak yerleşimli **mantar enfeksiyonlarının** sıklığı artmaktadır. Diabetik yaşlılarda ayak parmak arası yerleşimli tinea pedis ülsere olabilir ve bakteriyel enfeksiyonlara zemin hazırlar. Yaşlılarda zona zoster enfeksiyonunun hem görülme sıklığı, hemde şiddeti yaşlılarda artar. Postherpetik nevralji görülme sıklığı 60 yaşından sonra %40-50 gibi yüksek oranlarda görülür. Bağışıklık sistemi yetmezliği ve yara iyileşmesinin bozulmuş olması akut enfeksiyonun iyileşmesini engelleyen en önemli nedenlerdir. Antiviral tedavilerin (Famsiklovir ve

valasiklovir=1gr/4kez/gün) ilk 4 gün içinde başlanması hem enfeksiyon süresinin kısılmasını ve hemde post herpetik nevralji riskinin azalmasını sağlar.

Ayak sağlığı yaşlılarda hareketliliğin devamında kritik bir öneme sahiptir. Mekanik etkilere maruz kalan bölge olarak ayaklar yaşlılarda travma, gerilme kuvvetlerinin artması, yürüme bozuklukları gibi etkilere daha fazla etkilenir. Ayak sağlığının korunması fiziksel aktivitenin zaten azaldığı yaşlılarda hareket kabiliyetini kısıtlaması bakımından kritik öneme sahiptir. Ayak tabanı derisinin kalınlaşması, basınca maruz kalan yerlerdeki nasırlar ve tırnaklardaki kalınlaşma ve şekil bozukluğu hareket kabiliyetini daha da sınırlar. Ayrıca ortopedik bozukluklar, sistemik hastalıklar, duyu bozuklukları ayak sağlığını olumsuz yönde etkileyen durumlardır. Bu nedenle uygun ayakkabı, tırnakların düzgün olarak kesilmesi, ve derideki sertliklerin (hiperkeratozun) giderilmesi için her gün ılık su ile yıkamayı takiben %10-15'lik salisilik asit içeren merhemlerin ve nemlendiricilerin kullanılması, bu bozuklukların giderilmesi için alınacak basit önlemlerdir. Yaşlılarda duyu fonksiyonlarının azalmasına, damarlardaki yetmezliğe (varisler) ve bazı sistemik hastalıklara bağlı olarak (özellikle diyabet) bacaklarda ve ayaklarda ülserler (yaralar) gelişebilir. Özellikle bunun öncü belirtisi olarak ayak bileklerinde kaşıntılı, ödemli ve kırmızımsı-mor renk değişikliği olduğunda hekime başvurulmalıdır.

İnsanların yaşam sürelerinin uzaması, dış görünüme verilen önemin artması ile yaşlanma sürecini yavaşlatma ve geciktirme konusu gün geçtikçe daha fazla ilgi çekmeye başlamıştır. Bu nedenle kozmetik sektörü de bu alandaki kozmetikleri üretmeye daha fazla eğilmektedirler. Deri yaşlanmasını geciktirme uygun cilt bakımı ile başlar. Cilt tipine uygun ürünlerin erken yaşlarda başlanması gerekmektedir. Ayrıca doğru beslenme, egzersiz yapmak, güneşten korunmak, antioksidan vitaminlerin kullanımı deri yaşlanmasını geciktiren yaklaşımlardır. Kişilerin arzusuna bağlı olarak deri yaşlanmasını geciktiren deri soyma işlemleri, dolgu maddesi uygulamaları cilt yenileyici lazerlerin kullanımı ve cerrahi girişimler gibi diğer yaklaşımlar da denenebilir.

Bölüm 9

Sık rastlanan psikiyatrik sorunlar

Doç.Dr.Suzan Özer

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Altmış beş yaş ve üzerindeki bireyler çeşitli önemli yaşam stresleri ile karşı karşıya kalabilmektedirler:

Bazı sosyal rollerin kaybı, özerkliğin ve kendi başına yaşamını idame ettirebilme yetisinin yitirilebilmesi, emeklilik, yakın arkadaş, akranların kaybı ve daha da önemlisi eşin kaybı, maddi zorluklar, sosyal izolasyon vb.

Yine ileri yaşıta sıklıkla ortaya çıkan çeşitli bedensel rahatsızlıklar-çoğu uzun süreli/süregen olmak üzere-kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir.

RUH SAĞLIĞININ İYİ OLMASI NE DEMEKTİR?

Ruhsal olarak sağlıklı olmanın tanımını yapmak kolay değildir. Ancak iyi şekilde yaşlanan kişinin ruh sağlığının da iyi olması beklenir. Bu, yaşlı kişiler hiç bir sorun ya da hastalık yaşamazlar anlamına gelmemektedir. Ancak mevcut sorunlar tedavi edilip kontrol altına alınabilir ve bu şekilde kişinin yaşamdan doyum almasına engel olmazlar. Ne yazık ki bazen yaşlı bireyler bu sorunları, kişisel bir başarısızlık ya da zayıflık olarak görebilmektedir. Bu şekilde bir ruhsal hastalık varlığı gözden kaçabilmekte ve yardım arayışına gidilmemektedir.

Yaşlı bireylerde kısa süreli bellek sorunları görülebilir. Bazı olayların ne zaman olduğunu hatırlayamamak, ya da bazı isimleri unutmak doğaldır. Bunlar kötü beslenmenin sonucu, bazı ilaçların yan etkisi ya da yaşlanma sürecinin kendisine bağlı olarak görülebilir. Yaşlılıkta uyku ile ilgili bazı değişikliklerin görülmesi de doğaldır. örn: Uykuya dalmada güçlükler ya da sık sık uyanma olabilir. Derin uykuda geçen süre de kısalmıştır.

Ancak bazen şiddetli depresyon, bunaltı ya da uyku bozuklukları ya da diğer ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilir. Bu durumda mutlaka doktor yardımı almak gereklidir. Örneğin ileri yaş depresyonu yaşlı bireylerde sık olarak görülebilen bir psikiyatrik bozukluktur.

Eğer kendinizde, bir arkadaşınızda ya da bir aile bireyinde şu şikayet/belirtileri gözlemliyorsanız mutlaka doktor yardımı için başvurun:

- Belirgin uyku sorunları; çok fazla ya da çok az uyku
- Çok mutsuz ya da ümitsiz hissetmek
- Günlük aktivitelerle ilgili aşırı endişe
- Dikkat ve konsantrasyon güçlükleri
- Günlük aktivitelere karşı ilgi ve istek azlığı
- Şaşkınlık ve yer, zaman ve kişilerle ilgili farkındalıkta güçlükler
- Aşırı gergin ve sinirli hissetmek
- Aşırı yorgun ve halsiz hissetmek
- İştahta değişiklikler ya da kilo kaybetme
- Ev bütçesinin idare edilmesi ile ilgili güçlükler
- Kullanılan ilaç tedavilerinin yürütülmesi ile ilgili güçlükler
- Kişisel hijyeni sağlamakta güçlükler
- Ev ortamının temiz tutulmasında güçlükler, evin güvenliğini sağlamada güçlükler
- İntihar düşünceleri

Ruhsal hastalıklarla ilgili yaygın görülen yanlış inanışlar

Günümüz toplumunda bazen yaşlanma, ruh sağlığı açısından olumsuz anlamlar içerebilmektedir. Bazı yanlış inanışlar, yaşlı bir birey olmakla ilgili, özellikle de ruh sağlığı açısından bazı olumsuz efsanelerin doğmasına yol açabilmektedir. Örneğin:

- i)“Ruhsal sorunları olan birey bunu **kendi başına** yenmelidir”,
- ii)“Ruhsal hastalığı olan kişi tehlikelidir”,
- iii)“Ruhsal hastalığı olan kişinin gerçekte bağlantısı kopmuştur ya da garip davranışlar sergilerler”,
- iv)“Depresyon yaşlanmanın doğal bir parçasıdır”,
- v)“Yaşlı bireylerde psikiyatrik hastalıklar gençlerdeki kadar iyi tedavi edilemez ”,
- vi)“Yaşlanmayla yeni şeyleri öğrenebilme yetisi bozulur”,
- vii) “Ciddi ruh sağlığı sorunları yaşlılık döneminde çok sık görülür” gibi

Oysa bu alanlardaki doğrular şunlardır:

- i) Hafif depresyon ya da bunaltı (anksiyete) bozuklukları dışarıdan bir miktar aile ya da arkadaş desteği ya da kendi kendine yenilebilir ancak eğer sorun devam ederse birey mutlaka bir psikiyatri doktoru ile görüşmelidir.
- ii) Ruhsal hastalığı olan kişi herhangi bir fizik hastalığı olan kişiye benzer olarak düşünülmelidir. Çevresine tehlikeli değildir, çoğunlukla hastalık kendisine zarar vermektedir.
- iii) Ruhsal hastalığı olan çoğu kişi hastalığın yarattığı acı ve ızdırabı , çevresine belli etmeden kendi içinde yaşar.
- iv) Yaşlılık döneminde karşılaşılan yaşam krizleri ve stresörleri nedeniyle üzüntü, yas yaşamak doğaldır ancak depresyon yaşlanmanın doğal bir parçası değildir ve tedavisi mümkün ve gereklidir.
- v) Uygun tedavi ve destekle yaşlı bireylerde psikiyatrik hastalıklar gençlerdeki kadar iyi tedavi edilebilir. İlaçlar, destekleyici psikoterapi ya da psikolojik danışmanlık ile başarılı bir tedavi düzenlenebilir.
- vi) Belirgin bir bilişsel rahatsızlık (demans/bunama gibi) söz konusu değilse, yaşlı bireyler öğrenebilme yetilerini ömür boyu korurlar. Bazı yaşlı bireylerde öğrenme bir miktar yavaş olabilir ya da hafif bellek sorunları yaşanabilir, ama genel olarak bilişsel (zihinsel) çoğu yeti büyük oranda gençlikteki düzeyinde kalır.
- vii) Genel olarak ciddi bir psikiyatrik bozukluk, ancak sekiz yaşlı bireyden birinde görülür ve aslında bu oran tüm yaş grupları arasındaki en düşük orandır. Yaşlı bireylerde daha sıklıkla

hafif psikiyatrik bozukluklar (minör depresyon/hafif depresyon gibi) Ancak bunlar da yaşam kalitesini önemli oranda etkileyebileceğinden profesyonel yardım alınmalıdır.

Yaşlılıkta genel olarak ruh sağlığının olumlu etkilenmesi için önerilebilecek basit ipuçları:

- Esnek olun ve değişen koşullara adapte olmaya çalışın
- Sürekli zihninizi kullanabileceğiniz işlerle meşgul olun ve aktif kalın
- Doktorunuzun tavsiye ettiği ilaçlar dışında gereksiz ilaç kullanımından kaçının
- Mümkünse belli aralıklarla sağlık kontrolünden geçin
- Kendiniz için çeşitli hedefler belirleyin ve onlara ulaşmak için çalışın
- Genel olarak tutumlarınızı gözden geçirin: negatif mi pozitif mi olanlar daha ağırlıkta?
Örn: En son ne zaman doyasıya güldünüz?
- Mümkünse düzenli egzersiz yapın, düzenli yemek yiyin ve düzenli uyuyun
- Depresyonun belirtilerini öğrenin , gerekirse doktora başvurun. Bunun tedaviye yanıt alınan bir hastalık durumu olduğunu unutmayın
- Kendinizi sosyal çevreden izole etmeyin. İzolasyon depresyonu kolaylaştırır
- İyi insan ilişkileri geliştirmenin destekleyici olduğunu unutmayın

İLERİ YAŞ DEPRESYONU

Zaman zaman hepimiz üzüntülü hissedebiliriz. Kişisel bazı kayıplar ya da yaşam krizleri hepimizi mutsuz edip enerjisiz bırakabilir. Bunlar yaşamın doğal parçalarıdır. Ancak yaşlı bireylerde depresyon ya da depresif belirtiler önemli bazı özellikler içerir. Yine de depresyonun belirtilerinin yaşlanmanın doğal bir parçası gibi görülerek atlanması mümkündür. Uyku sorunları, yorgunluk, insanlardan uzaklaşma, iştah kaybı, bedensel şikayetlerle aşırı uğraş, aşırı endişe gibi değişiklikler dikkat edilmezse gözden kaçabilir. Depresyon üzüntü yaratacak olaylardan sonra görülebileceği gibi, durup dururken de ortaya çıkabilir. Kişinin engel olamadığı ızdırap verici olabilen bir keyifsizlik, günlük aktiviteleri yapmasını engelleyebilir. Duygusal olarak “bomboş” hissetme ya da ağır bir ümitsizlik şeklinde görülebilir.

Ümitsizlik, değersizlik hisleri çok ağır olduğunda, depresyon yaşamı tehdit eden bir rahatsızlıktır. Müdahale edilmezse kişi yemeyi, içmeyi ya da ilaçlarını almayı, kendine bakmayı reddedebilir ve bu sıkıntıdan kurtulmak için kendini öldürmeyi düşünebilir.

DEPRESYONUN NEDENLERİ NELERDİR?

Yaşlılık döneminde, yalnızlık, maddi sorunlar, sevilen bir yakının kaybı, fizik hastalıklar, fizik yeti yitimi ve özerkliğin kaybı, fizik hastalıklarda kullanılan bazı ilaçlar (yüksek tansiyonda ya da parkinson hastalığında kullanılanlar gibi), ya da hastaneye yatmak gibi durumlar depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir. Ailede depresyon rahatsızlığı ya da bireyin daha genç yaşlarında depresyon geçirmiş olması durumunda, hiçbir tetikleyici stres durumu olmaksızın kendiliğinden ortaya çıkabilir. Depresyonun kesin olarak nedeni bilinmemekle birlikte beyindeki bazı biyokimyasal maddelerin önemli rolü olduğu düşünülmektedir.

DEPRESYON NEDİR?

Çökkünlük ya da tahammülsüzlük/iritabilite geçici bir hal olmaktan çıkar ve 2 haftadan daha uzun süre ile günlük aktivitelerin yürütülmesini engeller hale gelirse artık tedavi gerektiren tıbbi bir hastalık oluşmuş demektir. Aşağıdaki belirtilerden bir kısmı 2 hafta ya da daha fazla süre ile günün çoğu zamanında bulunur ve günlük işlevselliği etkilerse depresif bir hastalık bulunması muhtemeldir. Depresyonda ruh hali her zaman üzüntülü olmayabilir.

DEPRESYONUN BELİRTİLERİ NELERDİR?

- Süreklilik gösteren üzüntü, tahammülsüzlük, bunaltı ya da “bomboş” gibi hissetme
- Önceden ilgi duyulan sıradan faaliyetlere ilgi duymama ya da zevk alamama
- Enerjinin azalması, yorgunluk, yavaşlamış gibi hissetme, ya da artmış bir huzursuzluk/ajitasyon
- Yeme alışkanlıklarında değişiklik ve önemli ölçüde kilo alma ya da (diyet yapılmadığı halde) kaybetme
- Uyku alışkanlıklarında değişiklikler; uykusuzluk, fazla uyuma, sabah çok erken uyanma
- Konsantrasyonda, hafızada ve/veya karar vermede güçlükler
- Ümitsizlik ve karamsarlık duyguları
- Uygunsuz suçluluk, değersizlik ve çaresizlik duyguları
- Ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri ya da girişimi
- Aşırı ağlamalar
- Tedaviye yanıt vermeyen, tekrarlayan ağrı vb. bedensel yakınmalar

İleri yaş depresyonunda hastalığın, bunama ya da fizik bir hastalıkla karıştırılıp atlanmasına neden olabilecek şu ek belirtiler sıklıkla bulunur:

- Bunamaya benzer derecede ağır dikkat sorunları ve unutkanlık

- Bedensel hastalığa ilişkin aşırı korku ya da evhamla giden ağrı, sızı ya da diğer bedensel belirtiler

DEPRESYONDA TEDAVİ SEÇENEKLERİ NELERDİR?

Antidepresan denilen ilaçlar depresyonun tedavisinde oldukça etkindir. Bazen ilk başlanan ilaç tedavisi yeterli fayda sağlamazsa, en işe yarayacak tedaviyi bulmak için ikinci ya da üçüncü bir ilaçla deneme gerekebilir. Bu arada kullandığınız diğer ilaçlarla (kalp, tansiyon ilaçları gibi) etkileşmeyecek, yani iyi geçinecek ilaçların seçilmesi de önemlidir. Depresyon uygun şekilde tedavi edildiğinde hastalığın süregenleşmesi ya da intihar gibi korkulan kötü sonuçların önlenmesi mümkün olur, yaşam kaliteniz büyük oranda düzelir.

Psikolojik danışmanlık da fayda sağlayabilir. Depresyonun nedenlerinin belirlenmesinde, sağlıklı baş etme mekanizmalarının geliştirilebilmesinde, işlevselliğin daha olumlu etkilenmesinde yollar bulabilmek için bireysel ya da grup tedavileri işe yarayabilmektedir.

Doktor kontrolünde miktarı ayarlanabilecek olan egzersiz programları stresi rahatlatmayı, enerjiyi artırabilmeyi, hem fiziksel hem de ruhsal olarak iyi hissetmeyi sağlayabilmektedir. Egzersizde size en eğlenceli gelecek aktivitenin seçilmesi, bir arkadaş ya da bir grupta birlikte yapılması, devamlılığı sağlamakta yardımcı olabilmektedir.,

Bunaltı (anksiyete) Bozuklukları

Herkes zaman zaman gergin ve bunaltılı hissedebilir. Ancak bu hisler çok şiddetli ve sürekli hale gelirse günlük yaşamı engelleyebilir ve yine yaşlı bireylerde çok sık görülebilen bunaltı bozukluğu durumu ile ilişkili olabilir. Bunaltı (anksiyete) korku, gerginlik, çok kötü bir şey olacağına ilişkin giderek artan bir dehşet hissi olarak tanımlanabilir. Bunaltı panik bozukluğu ya da yaygın bunaltı bozukluğu denilen bunaltı bozukluklarında temel belirti olduğu gibi depresyon durumlarına da sıkça eşlik eder. Bazen fizik hastalığa da eşlik edebilir. Örn: Kalp ya da akciğer hastalığı olan kişilerde yüksek oranda bunaltı belirtileri olabilir ya da bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar (digoksin, teofilin, kortizon gibi) bunaltı belirtisine yol açabilir.

Bunaltı belirtilerine sıklıkla çarpıntı, titreme, terleme vb fiziksel belirtiler eşlik eder ve bu nedenle yaşlı bireyler fizik bir hastalığı olduğunu düşünerek doktora başvurabilirler. Bunaltı bozukluğu tanısı konulması için önce bu belirtilerin fizik bir hastalıkla ilişkili olmadığını gösterilmesi için çeşitli tetkikler yapılması gerekir.

BUNALTI BOZUKLUKLARINDA SIKÇA GÖRÜLEN BELİRTİLER:

- Huzursuzluk, gerginlik, tahammülsüzlük
- Uyku bozukluğu
- Kaslarda gerginlik ya da ağrılar
- Başağrıları
- Karın ağrısı ya da diyare
- Terleme, üşüme ya da ateş basması
- Konsantrasyon güçlüğü
- Enerjisiz hissetme
- Titreme, ürperme
- Kalp çarpıntısı
- Hızlı soluk alıp verme
- Göğüs ağrısı
- Sürekli endişe hissi
- Nedeni belli olmayan korku hissi

Panik bozukluğu

Panik bozukluğunda aniden ortaya çıkan, genellikle kısa süren ve tekrarlayan “panik atak”lar yaşanır. Panik atağı olan kişi genellikle bu nöbetin tekrarlaması ile ilgili kaygı duyar ve ilk kez atağını yaşamış olduğu yerlere gitmekten kaçınır. Örn: sıklıkla panik atak kalabalıkta, toplum içinde, trafikte ya da çarşıda ortaya çıkabildiğinden kişi bu ortamlara girmekten, hatta dışarı çıkmaktan tamamen kaçınabilir.

Panik atakta görülen tipik belirtiler

- Çarpıntı, nabzın hızlanması
- Titreme, ürperme

- Nefes almada zorluk, boğulur gibi hissetme
- Göğüs ağrısı
- Bulantı ya da karın ağrısı
- Baş dönmesi, bayılacak gibi hissetme
- Kontrolünü kaybedeceği ya da aklını yitireceği hissi
- Kalp krizi geçirme ya da ölüm korkusu
- Uyuşma, karıncalanma duyuları
- Üşüme ya da sıcak basması

Yaygın bunaltı bozukluğu

İleri yaşta sık görülen bunaltı bozukluklarından. Günlük olaylar ya da etkinlikler (maddi durum, sağlık vb. konularda) ile ilgili aşırı endişe ve bunaltı hissetme söz konusudur. Huzursuzluk, telaş, kolay yorulma, dikkat ve konsantrasyon güçlüğü, uykuya dalmakta güçlük vb. belirtiler bunaltıya eşlik eder. Panik bozuklukta olduğu gibi kalp, akciğer hastalıkları, hormonal ya da nörolojik bozukluklar gibi durumlarda görülen belirtilerle karışabilir. Gerekli tetkiklerin yapılarak fizik hastalığın olup olmadığı belirlenmelidir

Bunaltı belirti ve bozuklukları büyük oranda depresyonla birlikte ortaya çıkar ve depresyonun tedavisini güçleştirebilir.

Bunaltı bozukluklarında tedavi

İlaç tedavileri oldukça etkindir. Seçilecek ilaçlar kullandığınız diğer ilaçlarla etkileşmemesine dikkat edilmelidir. Bunaltı bozukluklarında tedavinin yan etkilerine daha fazla duyarlılık olabileceği ve ileri yaşta ilaçların karaciğerde yıkılma hızları yavaşladığı için tedaviye düşük dozda başlanılmalı ve giderek artırılmalıdır. Bu sırada ortaya çıkabilecek yan etkileri ve faydalı etkileri doktorunuza bildirmeniz gereklidir.

Psikoterapi de bu belirtileri kontrol edebilmede önemlidir. Bunaltı yaşayan kişi kendisi ile ilgili çok olumsuz bir durum olduğunu düşünebilir. Duygularla ilgili konuşmak hastanın

bunaltı doğurabilecek stresli durumlarda daha olumlu, pozitif tepkiler vermeyi öğrenmesine yardımcı olabilir.

Bir fizik hastalığınız varsa, herhangi bir fiziksel rahatsızlığı olmayan kişilere oranla psikiyatrik bozukluklara yakalanma olasılığınız daha yüksektir. İlerleyen yaşla birlikte beynin yapısı da değişmekte, fizik hastalıklarla birlikte bunların tedavisinde kullanılan ilaçlar, yaşlanan beyinde psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıkmasını kolaylaştıracak bir etki yaratmaktadır. Bu nedenle psikiyatrik hastalıkların özellikle de depresyonun belirtilerini öğrenmeniz ve bunlara benzer şikayetleriniz olduğunda ruh sağlığı hekimlerine başvurmanız, hem ruh sağlığı hem de fiziksel sağlığınızı olumlu yönde etkileyecek ve yaşam kalitenizi artırmaya yardımcı olacaktır.

Bölüm 10

Sık rastlanan nörolojik sorunlar

Uzm.Dr. İrsel Tezer, Doç. Dr. Sevim Erdem, Doç. Dr. Esen S. Topçuğlu, Doç. Dr. M. Akif Topçuoğlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri

İNME

Halk arasında kullanılan şekliyle "inme" veya İngilizce'den devşirme "strok" sözcüğü beyin, beyincik ve omuriliğin (ki bu yapıların tümüne birden merkezi sinir sistemi adı verilir) damarsal hastalıkları sonucu oluşan fonksiyonel yitimi ifade eder. Fonksiyonel kaybın şiddeti değişken olup el, kol, bacak ve yüzde felç (kuvvetsizlik), his kaybı, dengesizlik ve görme, konuşma, yürüme bozuklukları gibi bulgular tek tek veya birlikte bulunabilir. Olayın ağırlığına göre koma ve hatta ölüme yol açabilir. İnme sinir sisteminde damarların tıkanması sonucu oluşuyorsa "beyin infarktusu", damar yırtılması sonucu oluşuyorsa "beyin kanaması" olarak adlandırılır. Bu iki tip inmenin tedavisi ve risk faktörleri farklıdır.

İNME, Dünyada kalp hastalığı ve kanserden sonra en önemli üçüncü ölüm nedenidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde dakikada ortalama bir kişi inme geçirmekte ve üç dakikada bir kişi de inme nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Diğer taraftan inme erişkin nüfusta en önemli sakatlık nedenidir. Bu rakamların ülkemizde daha düşük olması olası değildir. Bu nedenle inmeden korunma, inme risk faktörleri ve belirtileri ile inme olunca yapılması gerekenlerin toplumsal düzeyde bilinmesi gereklidir.

Beyin infarktusu beyin damarlarının aynen kalp krizinde koroner arterlerde olduğu gibi ateroskleroz plaklarının (damar sertliği) bozulması ve üzerine pıhtı oturması sonucu tıkanmasıyla gelişebileceği gibi beyin damarları normal iken kalp veya daha önde yer alan ana damarlardan kopan pıhtıların tıkanması (emboli) sonucunda da ortaya çıkabilir. Ayrıca beyin iç kısımlarını besleyen ince ve uzun mikrodamarların kendi hastalıkları sonucu tıkanması ile genellikle kısmi özellikte felç görülebilir (laküner infarktüs). Bu üç tip hemen hemen eşit sıklıkta (1/3) görülür. Farklı tedavi şekilleri olduğu için bu üç tip inmenin ayrımı önemlidir.

Bu ayırım için beyin MR, boyun damarlarının ultrasonu ve ekokardiyografi gibi tetkiklerin yapılması gerekebilir.

Bazen damar tıkanması geçici olarak meydana gelir, yani tıkanmadan kısa bir süre sonra damar kendiliğinden açılır. Bu durumda hastanın fonksiyonel kaybı 1 saatten kısa sürede tamamen düzelmiş ise buna “geçici iskemik atak (GIA)” adı verilir. GIA’lar öncül depremler misali yüksek felç riskinin habercisi olduğu için hastanın aynen inme geçirmiş yani fonksiyon kaybı düzelmeyen hastalar gibi hastaneye yatırılarak tanı ve tedavisi şarttır. İnme geçiren hastaların yaklaşık %20’sinde önceden GIA olduğu bilinmektedir. GIA beyin kanamaları öncesinde beklenen bir bulgu değildir ama nadiren olabilir. Geçici de olsa tek tarafta el, kol, bacak ve yüzde kuvvetsizlik, uyuşma, keçeleşme, konuşamama, konuşulana anlamama, dengesizlik, çift görme, görme kaybı gelişmesi önemsenmeli ve acil olarak hastaneye baş vurulmalıdır. Bu tip durumlar geliştiği zaman düzelir umuduyla evde beklenmemeli, soğuk su dökme veya diğer uygulamalar ile vakit kaybedilmemelidir. Özellikle hastaya ağızdan hiçbir şey verilmemelidir. Her inme hastasının hastanede tedavi edilmesinin şart olduğu unutulmamalıdır.

Beyin enfarktüsünün ilk 3 saati içinde, beyin tomografisinin 24-saat süreyle yapılabildiği ve nöroloji servisi bulunan tam teşekküllü bir hastaneye başvurulması halinde damardan verilecek ilaçlar ile (trombolitik tedavi) düzelmeye şansı olabilir. Büyük damarların tıkanması sonucu çok ağır fonksiyonel yitim veya ölüme yol açabilecek ölçüde şiddetli inmelerde ise tıkalı damarın ilk 5 saat içinde hastaneye varılması durumunda anjiyografi ile açılması ileri merkezlerde mümkün olabilir. Beyin kanamalarının erken dönemde tedavisi tıkanmalardan tamamen farklı olduğu için hastaneye gelen hastada yapılması gereken ilk iş olayın tıkanma mı yoksa kanama mı olduğunun ayırımıdır. Bu ayırım ancak radyolojik bir görüntüleme yani beyin tomografisi veya MR ile mümkündür. Türkiye’de genellikle il ve büyük ilçe merkezlerindeki Devlet, Numune ve SSK hastanelerinde bu imkanlar mevcuttur. İleri merkez teriminden ise 24 saat sürekli olarak bu hastalıkların tedavisi konusunda uzmanlaşmış nörolog, beyin cerrahı ve radyolog bulunan, radyolojik görüntüleme yanısıra anjiyografik yöntemlerin de devamlı olarak yapılabildiği, inme ünitesi ve yoğun bakım bulunan gelişmiş merkezler anlaşılır. Ülkemizde üniversite hastaneleri genellikle bu nitelikleri gösterirler.

Damar tıkanıldıktan sonra uygulanacak pıhtı eritici tedavilerin yanısıra inme hastalarında inmenin tekrar etmesini önlemek için çeşitli önlemler alınmalı ve koruyucu tedavi başlanmalıdır. İnme kalpten köken alan bir pıhtının embolisi sonucu gelişmiş ise erken dönemde intravenöz (serum şeklinde) heparin ve daha sonra ağızdan warfarin kullanılır. Bu ilaçlar kalpte ve toplar damarlarda pıhtı oluşmasını engellerler. Özellikle yaş ile artan sıklıkta görülen bir kalp ritm düzensizliği olan atrial fibrillasyon, inmeden korunmada birincil derecede önemlidir. Atrial fibrillasyon olan hastaların bir kısmı inme geçirmeden önce de bu tip bir koruyucu tedaviye ihtiyaç gösterebilir. Bu nedenle ritm düzensizliği olan hastaların kardiyoloji bölümüne başvurması önerilir.

İnme büyük veya küçük damarların aterosklerozu (damar sertliği) sonucu oluşmuş ise aspirin, clopidogrel, dipridamol, cilostazol gibi ilaçlar koruyucu olarak tercih edilir. Bu ilaçlar kanda bulunan ve damar sertliğinin pıhtı yapmasında rol oynayan kan plakalarının (trombositler) fonksiyon görmesini engelleyerek etki gösterirler. Boyun ve damarlarında kritik derecelere varmış olan daralma olan hastalarda sadece ilaçlar ile inmenin tekrarı istenilen düzeyde engellenemeyeceği için stentleme veya ameliyat (endarterektomi) ile darlıkların düzeltilmesi gereklidir. Buna revaskülarizasyon tedavisi adı verilir. İlaç ve revaskülarizasyon tedavileri yanında damar sertliğine yol açan şeker hastalığı, hipertansiyon, ve kolesterol yüksekliği varsa tedavi edilmelidir. Diyetle hayvansal ve doymuş yağlar azaltılmalı ve şekerli-unlu yiyecekler yerine meyve-sebze ağırlıklı yemeklere dönülmelidir. İnme geçirdikten sonra sigara ve alkol mutlak suretle bırakılmalıdır. Bu bağlamda hastanın ev

ve iş ortamında da sigara içilmemesi gerektiği bilinmelidir. Sigara bırakma konusunda profesyonel yardım alınması başarıyı artırır ve bu nedenle hasta ilgili merkezlere başvurmaktan çekinmemelidir. Düzenli egzersiz yapılması ve durağan (sedanter) yaşam stiline değiştirilmesi de son derece önemlidir. Bu bağlamda haftada en az 3 kez (veya gün aşırı) ve en az 45 dakika tempolu yürüme minimum egzersiz düzeyi olarak önerilmektedir.

İnmenin en iyi tedavisi hiç inme geçirmemektir. Bu nedenle hipertansiyon, şeker, kolesterol yüksekliği olan ve sigara içen, birinci dereceden akrabaları arasında erkeklerde 55 kadınlarda ise 65 yaş altında kalp krizi veya inme geçirmiş birey bulunanlar ve fazla kilolu (obez) kişilerin de aynı şekilde ilaç tedavisi ve bu risk faktörlerinin modifikasyonu için önlemler alması şarttır. Doktor gözetiminde fazla kilolardan kurtulma, periyodik kan basıncı kontrolü, kolesterolü yüksek yiyeceklerden kaçınma yanı sıra stress yönetebilme yeteneğinin geliştirilmesi de önemlidir. Ailesinde şeker hastalığı olanların kendilerinin en erken dönemde durumunu hastalık ilerlemeden belirlemesi gereklidir.

Beyni besleyen damarların bir veya birkaçından sızıntı olması sonucu oluşan beyin kanamasının iki tipi vardır. Birinci tip olan beyin içine olan kanamalarda tıkanmalardakine benzer belirtiler olur. Ancak şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, sara nöbeti daha sıktır. Uyurken genellikle olmazlar. Sıklıkla aktivite esnasında ve gündüz olup aniden gelişir. Beyin kanamasının en sık nedeni kontrolsüz hipertansiyondur. Bu hastalar hastaneye vardıklarında yapılacak ilk iş kan basıncını kontrol etmek olmalıdır. Bazı hastalarda kanamanın ameliyat ile boşaltılması gerekebilir. İkinci tip ise subaraknoid kanama adı verilen beyin saran zarlar arasına olan kanamadır. Bu tip kanama genellikle daha genç yaşlarda ve beyin damarlarındaki baloncukların (anevrizma) patlaması sonucu oluşur. Çok şiddetli ve saniyeler içinde başlayan baş ağrısı tipiktir. Acil olarak baloncuğun ameliyat ile kliplenmesi veya anjiyografik olarak içinin doldurularak dolaşımdan ayrılması tekrar kanama olmasını veya kanamanın devam etmesini önlemek açısından gereklidir. Bu hastalar yoğun bakım ünitesinde yatırılarak vazospazm açısından izlenmelidir.

EPİLEPSİ

Epileptik nöbet veya sara beyindeki hücreler arasında oluşan anormal veya artmış elektriksel aktivitenin sonucu gelişen ataklardır. Bu ataklar sırasında çoğunlukla şuur bozukluğu ile birlikte birkaç dakika süre ile kol ve bacaklarda, tek veya iki taraflı kasılmalar, kasılıp gevşemeler olur. Hasta ayaktaysa yere düşer, yaralanma ihtimali vardır. İdrar kaçırma, dil ısırma, soluk alış verişin kısa süreli duraklaması, dudaklarda morarma ve sonrasında uykululuk hali de buna eşlik edebilir. Ancak kol ve bacakların kasılmadığı; ağızda çiğneme-yalanma benzeri, ellerde bir nesneyle oynuyormuş gibi devamlı hareketlerin de olduğu şuur bozuklukları olabilir. Bazen bu ataklar öcesinde kısa süreli mide bulantısı, burnuna kötü koku gelme hissi, karından garip bir yükselme hissi, bakılan cisimlerin büyüklüklerinde-mesafelerinde değişme hissi benzeri belirtiler olabilir. Her zaman sara nöbetinde şuur bulanıklığı olmaz veya fark edilemeyecek kadar kısa sürebilir. Sadece birkaç dakika süreli kol-bacakta uyuşma, kolda istem dışı havaya kalkma, boş bakma, kollarda sıçrama, karından yükselme hissi, daha önce yaşanmışlık hissi şeklinde de ortaya çıkabilir.

Altmış yaş sonrasında toplumda sara nöbeti geçirme oranı daha genç gruba göre yaklaşık 1.5-2 kat artar. 100 000 kişinin 127'sinde en az bir kez sara nöbeti gelişir. İkidenden daha sık olarak bu nöbetler geçirilmişse epilepsi adını alır.

İlk sara nöbetinde çoğunlukla altta yatan neden bulunamaz ancak olası problemler ve bunları ortaya çıkarmak için yapılan tetkikler tablo 1 ve 2'de sıralanmaktadır:

Tablo 1
Yaşlılıkta sara nöbeti geçirme nedenleri
1. İnme
2. Beyin tümörü
3. Kafa travması
4. Alzheimer Hastalığı-Bunama

Tablo 2
İlk sara nöbeti sonrası yapılan tetkikler
1. Kan tetkikleri (şeker, elektrolit vb)
2. Beyin elektrosu (EEG)
3. Beyin tomografisi

Evde geçirilen ilk nöbet sırasında hastanın kol ve bacaklarının kuvvetli bir şekilde tutmadan kendisini yaralamayacak şekilde korunması ve hava yolunun açık olması gerekmektedir. Çoğunlukla nöbet kendiliğinden sonlanmaktadır. Ancak 10 dakikadan uzun süren ve ardı ardına olan ve aralarda da şuur bozukluğunun eşlik ettiği sık nöbetler (status epileptikus); hayatı tehdit eden, hemen müdahale edilmesi gereken bir durumdur. Böyle bir durumda vakit kaybetmeden bir sağlık merkezine başvurmak gerekmektedir.

Bütün sara nöbetlerinde ilaç başlamaya gerek yoktur, altta yatan sorunun ortadan kaldırılması yeterli olabilir. Ancak ilaç başlanacaksa da kullanılan diğer ilaçlar ve hastadaki diğer hastalıklar göz önünde bulundurulmaktadır. Böbrek, karaciğer ve kalp hastalıklarının varlığı, kumadin gibi kan sulandırıcı ilaçların ve ruhsal hastalıklar için verilen ilaçların kullanımı soruşturulmaktadır. Çoğunlukla, gençlere göre daha düşük dozda epilepsi ilaçları kullanmak gereklidir. Birkaç ay veya yıl süre ile kullanılacak bu ilaçlar sırasında baş dönmesi, dengesizlik, uykululuk hali, görme bulanıklığı, kilo değişikliği, kemik erimesi gibi yan etkiler açısından hastalar uyarılmaktadır. Ayrıca kandaki ilaç seviyesinin ölçülmesi, beyaz küre ve trombosit düzeyinin takibi, karaciğer fonksiyonlarının izlenmesi açısından 3-6 ayda bir hastaneye gelmeleri önerilmektedir.

BAŞAĞRISI

Yetmiş yaşındaki kadınların %10'u, erkeklerin ise %5'i başağrısından yakınıdır. Yaşlılardaki en sık başağrısı nedenleri gençlere göre değişmektedir. En sık görülen başağrısı nedenleri tablo 1'de sıralanmaktadır:

Tablo 1

Yaşamın geç döneminde ortaya çıkan başağrısı nedenleri	
Metabolik baş ağrısı (kansızlık, böbrek yetmezliği gibi)	
Dev hücreli arterit	
Beyin	tümörü
Zona (postherpetik nevralji)	
İnme,	menenjit
Trigeminal nevralji	
İlaça bağlı başağrıları (tansiyon ilaçları gibi)	
Hipnik başağrısı	
Göz ve kulakla ilişkili başağrıları (göz tansiyonu, kulak iltihabı gibi)	
Migren	
Gerilim	tipi başağrısı
Küme başağrısı	

Dev hücreli arteritte çoğunlukla tek taraflı şakak ağrısı ile birlikte halsizlik, eklem ağrısı, ateş ve kilo kaybı olabilir. Trigeminal nevraljide yüzde şimşek çakar tarzda, çok

şiddetli kısa süreli ağrılar olur. Zona ağrısı vücutta döküntülerden önce çıkabilir, başta sinirin seyrine uygun olarak yanıcı ağrılar olur. Beyin tümörüne bağlı olan başağrıları şiddetli, zonklayıcı, öksürmekle ve egzersizle şiddeti artabilen, bulantı-kusmaya da neden olan başağrılarıdır. İnme başağrıları ani başlar, inme tipine göre şiddeti değişkendir. Hipnik başağrıları geceleri ortaya çıkan, 5-60 dakika süreli, uykudan uyandıran iki taraflı yaygın olabilen ağrılardır. Migren atak sıklığı yaşla birlikte azalır.

Yaşlılarda başağrısı oluşturabilecek nedenler kan tetkikleri ve gerekirse beyin görüntüleme yöntemleri ile araştırıldıktan sonra nedene yönelik tedavi planı yapılmaktadır.

DEMANS

Demans (bunama) kişinin günlük işlevlerini (iş, hobi, alışveriş, ulaşım, bütçe ayarlama gibi) etkileyecek şekilde zihinsel becerilerde bozulma durumudur. Her yaşta görülebilmese rağmen, yaşlılarda siktir. Pek çok beden ve beyin hastalığı demansa neden olabilir. Bu nedenle demans kliniği ile başvuran hastalarda, hekimler vitamin eksikliği, tiroid hormon bozuklukları başta olmak üzere beden hastalıklarını; ve tomografi ve manyetik rezonans gibi beyin görüntüleme yöntemlerini kullanarak tümör, beyin kanaması, beyin damar tıkanıklıkları, beyin küçülmesi gibi beyin hastalıklarını araştırırlar. Hastanın bulgularına göre bu inceleme bazı hastalarda daha da ayrıntılı olabilir. Aşağıda sık görülen demans hastalıkları özetlenmiştir

1- Alzheimer hastalığı: Yaşlılarda demansın en sık nedenidir. Alzheimer hastalığı genelde 60 yaş ve üzeri yaşlarda başlar. 65-74 yaş arasındaki kişilerde görülme sıklığı %5 olup, yaş ilerledikçe görülme sıklığı artar ve 65 yaşında bu sıklık %50 ye kadar ulaşır. Alzheimer hastalığında beynin bellek, lisan, düşünce ile ilgili bölgeleri etkilendiği için hastalarda özellikle unutkanlık, lisan bozuklukları, davranış değişiklikleri ve yol-yön bulma bozuklukları önde gelen bulgularıdır. Unutkanlık, yeni bilgilerin öğrenilmesinde zorluktan dolayıdır. Bu nedenle hastalar yeni olan olayları, yeni tanıdıkları kişileri ve isimleri unuturlar. Eski olaylar ve eskiden bilinen bilgiler hastalığın son dönemlerine kadar etkilenmez. Başlangıçta bunlar basit unutkanlıklar şeklinde iken zamanla artarak kişinin günlük işlevlerini etkiler. Hastalık ilerledikçe diğer zihinsel işlevler de etkilenir ve kişiler yemek yeme, banyo yapma, tuvalet ihtiyacını karşılama gibi işlevlerde de bağımsızlıklarını kaybeder ve yatağa bağımlı hale gelirler. Hastalığın seyri ortalama 8-10 yıl sürmekte ancak bu süre, kişiden kişiye değişebilmekte, çok daha kısa ya da çok daha uzun olabilmektedir.

Alzheimer ismi, bu hastalığı tanımlayan doktor Alois Alzheimer'den alınmıştır. Hastalığın kesin tanısı hastaların ölümünden sonra beynin patolojik incelenmesi ile ortaya konulabilmektedir. Patolojik incelemede hastalığa özgü bulgular beyin sinirlerinde azalma, sinirler arası bağlantının bozulması ve beyinde bazı çökelimlerin bulunmasıdır (nörofibriller yumaklar, amiloid plaklar). Ancak, hastaların klinik özellikleri, zihinsel işlevlerin nöropsikolojik testlerle incelenmesi, beyin tomografisi ya da beyin manyetik rezonans bulguları, kan ve gerekirse beyin omirilik sıvısında yapılan incelemeler ile de hastalığın tanısı tecrübeli hekimler tarafından patolojik inceleme olmaksızında yüksek doğrulukla (% 90) konulabilmektedir.

Hastalığın kesin nedeni ve dolayısı ile hastalıktan kesin korunma yolu bilinmemektedir. Buna karşın hastalığın görülme riskini artırdığı bilinen bazı faktörler vardır:

- Yaş

- Ailede Alzheimer hastalığı varlığı
- Alzheimer hastalığı ile ilişkili genlere sahip olmak
- Kalp hastalığı, şeker hastalığı, hipertansiyon, yüksek kolesterol seviyesi
- Düşük eğitim, zihinsel, fiziksel ve sosyal etkinliklerin az olması

Alzheimer hastalığını durdurup, tamamen iyileştirecek bir tedavi henüz yoktur. Ülkemizde de bulunan bazı ilaçlar (asetilkolinesteraz inhibitörü ve memantin) hastalığın zihinsel semptomlarında ya da davranış bozukluklarında iyilik sağlayabilir.

2- Vasküler Demans

Beyin kanaması ya da beyin damar tıkanıkları ve buna bağlı beyin dokusunun kaybı sonucu oluşur. Yaşlılarda sık demans nedenidir. Hastalarda geçirilen felçler sonucu hem kuvvetsizlik, dengesizlik, lisan bozukluğu gibi bulgular hem de demans durumu görülür. Bazı kişilerde beyin sessiz yerlerindeki tekrarlayan damar tıkanıklıkları nedeni ile yalnız demans görülebilir. Alzheimer hastalığında görülen tedrici seyirden farklı olarak ani başlangıç, ani kötüleşmeler bu hastalıkta görülebilir. Bazı hastalarda Alzheimer Hastalığı ve vasküler demans beraber görülür.

Vasküler demans tanısı hastanın bulgularının incelenmesi, nöropsikolojik testler ve beyin görüntüleme yöntemleri ile konulur.

Hastalığın kesin tedavisi yoktur. Beyin damar tıkanıklıklarının önlenmesi, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol ve şekerin kontrolü, varsa kalp hastalığının tedavisi önemlidir. Bazı hastalarda kan pıhtılaşmasını azaltan aspirin, kumadin gibi ilaçların kullanılması gerekir.

3- Frontotemporal Demans

Daha nadir demans nedenidir. 50'li-60'lı yaşlarda daha sık görülür. Beynin konuşma ve davranışların düzenlenmesi ile ilgili bölgelerindeki (frontal ve temporal loblar) sinir hücrelerinde ölüm olması nedeniyle hastalarda unutkanlıktan daha çok konuşma, konuşulanı anlama bozuklukları ve/veya davranış değişiklikleri (örn: uygunsuz cinsel davranışlar, uygunsuz konuşma, çöp toplama, ilgisizlik, çok yemek yeme, her şeyi ağzına koyma, içgörü kaybı, planlama bozukluğu, kendine bakım ve temizlikte bozukluk) önde gelen bozukluklardır. Hastalık ilerleyicidir ve seyir 2-10 yıl sürebilir.

Hastalığın tedavisi yoktur ancak davranış bozukluklarına ilaç ve davranışçı tedavilerle yardımcı olunabilir.

4- Parkinson Hastalığı Demansı

Bu hastalarda demans Parkinson hastalığının (bkz Parkinson Hastalığı)seyri sırasında ortaya çıkar. Parkinson hastalığı bulguları, demans ve görsel varsanılar önemli özellikleridir.

PARKİNSON HASTALIĞI

Parkinson Hastalığı sıklıkla 50 yaşın üzerinde görülür. Ancak ailevi vakalarda çok daha erken ortaya çıkabilmektedir. Hastalık hareketlerde yavaşlık, kol ve bacaklarda sertlik, el, kol, çene, bacaklarda istirahat halinde iken titreme, yazıda küçülme, vücut duruşunda öne doğru eğiklik ve denge bozukluğu bulgularının hepsi ya da bir kısmının varlığı ile gider. Bu bulgular hastanın yürümesi, konuşması, yazması gibi hareketlerinde zorluğa yol açar. Hastalık bulguları vücudun tek tarafında belirgin olabilir. Başlangıçta bulgular çok hafif olabilir ancak zamanla ilerler. İlerleme hızı hastadan hastaya değişkenlik gösterir. Bazı hastalarda demans, depresyon, davranış bozuklukları, uyku bozuklukları da görülebilir.

Hastalık bulguları beyinin dopamin maddesini içeren sinir hücrelerinin ölümünden dolayı gerçekleşmektedir. Tanının konulmasında, hastalık bulgularının varlığı ve hastalığa özgü tedaviden görülen cevap önemlidir. Tecrübeli bir hekim tarafınan hastalığın tanınması kolaydır. Hastalığın tanısında kullanılan kan tetkiki yoktur ancak tanı zorluğunun olduğu nadir vakalarda beyin dopamin azlığını gösterebilecek beyin görüntüleme yöntemi kullanılabilir. Parkinson hastalığını taklit eden farklı hastalıklar da vardır: Beyin damar tıkanıkları ya da kanaması, zehirlenmeler, bazı ilaçlar ve daha nadir görülen ancak Parkinson hastalığı bulgularını da gösteren diğer nörolojik hastalıklar. Tipik özellikler göstermeyen hastalar bu taklitçi durumlar açısından da araştırılmalıdır.

Hastalığın kesin nedeni bilinmemektedir. Ancak yaş, çevresel toksinler, kişisel yatkınlık hastalık için risk oluşturur. Parkinson Hastalığının genetik geçişli formları da vardır.

Parkinson Hastalığında bulguların iyileştirilmesi ilaç tedavisi ile sağlanabilmektedir. Bu amaçla kullanılan, çoğu ülkemizde de bulunun çok sayıda ilaç vardır. Bu ilaçlar eksik olan dopamini yerine koymak, var olan dopaminin etkinliğini artırmak ya da dopaminin etkisini taklit etmek amacı ile verilirler. Hastalık ilerledikçe, bazı hastalarda ilaç tedavisi ile yeterli etki görülemeyebilir ya da ilaç kullanımı ile istemsiz hareketler ortaya çıkabilir. Bu durumlarda derin beyin bölgelerinin elektriksel uyarımı ya da bu bölgelerde ameliyatla oluşturulan küçük hasarlarla hastalık bulgularında iyileştirme sağlanabilir.

POLİNÖROPATİ

Toplumda “sinir ucu iltihabı” olarak adlandırılan polinöropati, sinirlerin hasarına bağlı ortaya çıkan bir hastalıktır. El ve ayaklarda uyuşma, hissizlik, karıncalanma, yanma gibi şikayetlerle kuvvetsizliğe neden olur.

Polinöropatinin bir çok nedeni vardır. Tek başına olabileceği gibi, bir çok sistemik hastalığın bir bulgusu da olabilir. Bazıları aileseldir bir kısmı da bağışıklık sisteminin bozukluğu nedeni ile ortaya çıkar. Burada özellikle ileri yaşlarda diğer tıbbi durumlarla birlikte görülen polinöropatilerden söz edeceğiz.

Diyabet (şeker hastalığı) polinöropatinin önemli bir nedenidir. Hastalık süresi uzadıkça ve şeker kontrolü iyi değilse diyabete bağlı polinöropatinin sıklığı artmaktadır. Polinöropati diyabet hastalarının yarısından fazlasında vardır ve hastalığın süresi uzadıkça gelişme ihtimali artmaktadır. Diyabete bağlı polinöropatinin en sık belirtileri ayak parmaklarından başlayan giderek yükselen uyuşukluk, keçeleşme, iğnelenme, yanma, karıncalanmalardır. Ayrıca ağrı ve ısı algılamasındaki bozulma hastaların darbeleri fark

etmemesine ve ayakta yaralara neden olur. Şeker hastalığı kontrol edilmezse bu şikayetler ellere de geçer. Nadiren dengesizlik ya da ayaklarda kuvvetsizlik olabilir, ani ayağa kalkışlarda baş dönmesi görülebilir.

Polinöropatinin gelişmesini ve ilerlemesini önlemede tek faktör şeker kontrolüdür. Ağrı yanma şikayetleri olan hastalarda bu şikayetleri azaltmak için ilaç tedavisi uygulanabilir. Ağrı ısı duyusunu yitirmiş hastalar rahat ayakkabı seçimine dikkat etmeli, çıplak ayakla dolaşmamalı, sık sık ayaklarını küçük yaralar ve basıya bağlı kızarıklıklar açısından kontrol etmeli, ayakları ısıtmak için sıcak su torbaları ve elektrikli araçlar kullanmaktan kaçınılmalıdır.

Alkol kullanımı ve buna bağlı beslenme yetersizlikleri de polinöropati nedenidir. Bu tip polinöropati genellikle üç yıldan uzun süre her gün alkol alanlarda gelişir. Alkolü bırakmak ve yeterli beslenme ile iyileşme sağlanabilir.

Vitamin eksiklikleri de polinöropati nedenidir. En sık B12, B1 ve E vitamini eksiklikleri polinöropati yapar. Vitamin B12 eksikliği yaşlılarda %10-15 oranında görülmektedir. B12 vitaminin eksikliği

1. Hayvansal gıdaların yeterli alınmaması
2. emilim bozuklukları
 - i. vitaminin emilmesini sağlayan ve mideden salınan “intrinsik faktör”ün azalması
 - ii. midenin bir kısmının yada tamamının alındığı mide ameliyatları
 - iii. barsak hastalıkları nedeni ile ortaya çıkar.

Hastalar özellikle el ve ayaklarda uyuşma ve dengesizlikten şikayet ederler. B12 vitamin eksikliği polinöropatiden başka kansızlık ve bunamaya da neden olur. Erken tedavi ile şikayetler tamamen ortadan kaldırılabilir. Tedavi B12 içeren ampüllerin kalçadan düzenli olarak ömür boyu yapılması ile sağlanır.

Tiroid hormonlarının azlığı polinöropatinin bir başka nadir nedenidir, ancak tedavi ile tamamen ortadan kalkacağından ayaklarda uyuşma iğnelenme şikayeti olan hastalarda tiroid hormonlarına bakılmalıdır.

Bunların dışında böbrek yetmezliği, romatizmal hastalıklar, damar duvarı iltihapları, bazı enfeksiyonlar, kanser, ilaçlar (özellikle kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar) polinöropatiye neden olmaktadır.

KAS HASTALIKLARI (MİYOPATİ)

Kas hastalıkları kas liflerinin hastalığına bağlı olan kaslarda güçsüzlük, ağrı, kramplara neden olabilen hastalıklardır. Kas hastalıkları çömelince kalkmada, merdiven çıkmada, kolları yukarı kaldırıp yüksek yerlere uzanmada zorluk yaratırlar. Kas hastalıklarının büyük bölümünü kalıtsal kas hastalıkları oluşturur ve genellikle erken yaşlarda başlarlar.

Normal yaşlanma ile kas kütlelerinde azalma olur. Otuzlu yaşlarda kas kütlesi vücut ağırlığının %45'i iken 70 yaşlarında %27'ye düşer. Kas kütlelerinin azalması kol ve bacaklarda incelmeye neden olur. Buna paralel olarak kas kuvveti de 80'li yaşlarda %30-40 azalır. Yaşlılarda kas hastalıkları gençlere göre daha sık değildir. Yaşlılarda kas hastalığı enfeksiyonlar, ilaçlar, romatizma benzeri bazı hastalıklar, bağışıklık sisteminin hastalıkları, tiroid bezinin az yada fazla hormon üretmesine bağlı gelişebilir. Tanı hastanın muayene edilmesi, kan testleri, EMG denen elektrofizyolojik tetkikler ve biyopsi ile konur.

MOTOR NÖRON HASTALIĞI

Beyin ve omurilikte kasların hareketini sağlayan hücrelerin hasarı ile ortaya çıkan hastalıklardır. Kollarda ve bacaklarda güçsüzlük, yutma konuşma zorluğu ve ilerleyen dönemde nefes almada zorluk görülür. 50-60 yaş arası ve erkeklerde daha sık görülür. Ortalama yaşam süresi 2-4 yıl arasındadır. Tanı muayene ve EMG ile konur.

Bölüm 11

Yaşlılık döneminde inkontinans sorunu

Prof.Dr.Ali Ergen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İdrar kaçıırma, yaşlı toplumun sık rastlanılan en can sıkıcı sorunlarından birisidir. Kişinin kendine olan güveninin azalması, yalnız yaşama, toplumdandan kaçma gibi sorunları da birlikte getirdiğinden önemli sosyal ve psikolojik sıkıntılarda yaratır. İdrar kaçıırma ile ilgili bölüme geçmeden önce idrar tutmayı sağlayan mekanizmaların iyi bir şekilde irdelenmesi gerekir. İdrar kesesi mesanenin iki tane önemli görevi vardır. Depolama ve boşaltma. İdrar tutmanın sağlanması için, artan idrar hacimlerine iyi uyum sağlayan ve istenmiyen kasılmaları olmayan bir mesane ile istirahatte kapalı tutulabilecek ve işeme emri geldiğinde buna uyum sağlayarak açılacak bir idrar kanalına gereksinme vardır. İşemenin esas merkezi beyindir. Koordinasyon görevini beyin sapı (pontin işeme merkezi) yerine getirir. Omurilikteki merkezler sempatik merkez olan torakal 11 ve lomber 2 ile parasempatik merkez sakral 2 ve 4 bölgeleridir. Mesane kası bir düz kastır, pasif idrar tutmadan sorumlu olan mesane boynu düz, aktif idrar tutmadan sorumlu olan kas dokusu çizgili kastan meydana gelir. Erkeklerde çizgili kas idrar kanalının ilk bölümünde yoğunlaşmışken, kadında neredeyse üretranın tümüne yakınında bulunur.

Kadında idrar kanalı altında kas ve zarlardan oluşan, iyi kanlanan geniş tabanlı desteğin özellikle hareket anındaki ve karın için basıncın arttığı durumlardaki idrar tutmadan sorumlu olduğu unutulmamalıdır.

Yaşlılıkta idrar kaçıırmaya neden olan önemli faktörler, yaşa bağlı olarak idrar tutma mekanizmalarında meydana gelen değişiklikler ile bu yaş grubunda artan risk faktörleridir.

Yaş bağlı değişiklikler mesanenin artmış aktivitesi, prostat büyümesi, gece idrar hacminin artması, vagina ve idrar kanalı döşemesinin kanlanmasının azalması, işeme sonrası kalan idrar

miktarının artması, idrarı bekletme yeteneğinin azalması, mesane kapasitesinin azalması ve kasılma gücünün düşmesidir.

Risk faktörleri arasında, yaşlanmanın kendisi, doğum sayıları, depresyon, beyinde geçici kanlanma azalması atakları, kalp yetmezliği, kabızlık, şişmanlık, müzmin akciğer hastalıkları, müzmin öksürük, şeker hastalığı, hareket yeteneğindeki azalma sayılabilir.

İDRAR KAÇIRMANIN TIPLERİ

1. 1. Geçici idrar kaçırmaları:

Bu grupta nedenler İngilizce nedenlerin başharfleriyle alt bezi olarak tanımlanmıştır. (DIAPER)- Deliryum, Enfeksiyonlar, Vagina ve üretral atrofisi, ilaçlar, Psikiyatrik bozukluklar, idrar miktarının artması, hareket kısıtlılığı ve kabızlık başlığı altında irdelenirler. İdrar yolu enfeksiyonları ve bu yaş grubunda yoğun ilaç alımı üzerinde önemli durulması gereken faktörlerdir. İdrar kaçırma-enfeksiyon-idrar kaçırma bir kısır döngü olarak devam edebilir.

İlaçlar arasında özellikle diüretik (idrar söktürücü) içeren hipertansiyon ilaçları ile kalp yetmezliği ve müzmin akciğer hastalıklarında kullanılan idrar söktürücüler ilk sırayı alırlar.

Yaşlılıkta çeşitli nedenlerle çok önerilen fazla sıvı alımı da bu idrar kaçırmalarda çok etkilidir. Sıvı alımını birazcık kısıtlayarak, çok etkin bir idrar tutmanın sağlanabileceği unutulmamalıdır. Hücre içi kalsiyum düzeyini artırarak, mesane kasını uyardıklarından kafein içeren içeceklerin kısıtlanmasının da özel bir önemi vardır.

2. 2. Sıkışma kaçırmaları:

Özellikle bu yaş grubunda mesane adelesinin istenmiyen küçük hacımlarda kasılması ve idrar tutma mekanizmalarının eskisi gibi kontrol edilememesi nedeniyle idrar kaçırma çok yaygındır. Aşırı aktif mesane'nin yaşla her iki akiste de artış gösterdiği bilinmektedir.

3. 3. Karın içi basıncı arttığı zamanlarda idrar kaçırma:

Stresi kaçırmaması dediğimiz bu grupta kişi öksürdüğü, hapşırıldığı, ıkındığı, merdiven inip çıktığı, güldüğü zamanlarda idrar kaçıır. Nedeni idrar kanalı altındaki daha önce bahsettiğim iyi kanlanan geniş tabanlı desteğin ortadan kalkmasıdır.

4. Karışık tip idrar kaçıırma- 2 ve 3'ün birlikte bulunması halidir ve onlardan daha fazla görülür.

5. 5. Taşma şeklinde kaçıırma:

Mesanenin kapasitesine kadar dolması ve kapasite dışındaki idrarın damlalar tarzında farkında olmadan kaçıırılmasıdır. Bunama, felç, şeker hastalığı, mesane boynu altındaki idrar kanalının çeşitli nedenlere bağlı tıkanıklıklarında görülür.

DEĞERLENDİRME

Temeli iyi bir öykü ve çok titiz olarak yapılacak bir fizik muayenedir. Öyküde bütün risk faktörleri tekrar gözden geçirilmelidir. Fizik muayene iyi bir sistem muayenesi yanında, titiz bir nörolojik ve mental değerlendirmeyi içermelidir. Jinekolojik muayene kadın hastada mutlak gereklidir.

Hasta veya yakınlarından mutlaka aldığı çıkardığı sıvıları içeren bir işeme günlüğü istenmelidir. Tercihan 3 günlük olması çok daha iyi fikir vericidir.

Yapılabiliyorsa bir idrar akım hızı değerlendirmesi ve işeme sonrası kalan idrar miktarı ölçümü önemli olabilir.

Böbrek fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki ve hastanın öykü ve fizik muayenesine göre ek tetkikler yapılmalıdır.

TEDAVİ

Burada en önemli nokta idrar kaçıran hastanın bir bütün olarak değerlendirilmesidir. Yaşa bağlı faktörlerin mümkün olan tedavisi, risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, mümkün olan sıvı kısıtlamasının yapılması, kafein kısıtlaması basit ancak çok değerli önlemlerdir. İlaçlar yeniden gözden geçirilerek aynı derecede etkin ilaçlara geçiş yapılabilir.

Vaginal kanlanmanın kremlerle sağlanması idrar kanalının kapanmasının daha etkin olmasıyla sonuçlanacaktır.

Sıkışma tipi idrar kaçırmada mesane kasını baskılıyan ilaçların özel bir önemi vardır. Oksibütinin, propiverin, tolterodin trospium ve fenasin grubu ilaçlar'ın bu konuda etkin olduğu bilinmektedir. İdrar yolu enfeksiyonları yaşa özgü olarak dikkatli olarak tedavi edilmelidir. Stres tipi kaçırmada özellikle idrar kanalı orta kısmının direncini artıran bant ameliyatlarının etkinliği bilinmektedir.

Taşma şeklindeki kaçırmalarda, idrar kanalı tıkanıklığına yol açan prostat büyümesi ve kanal darlıklarının tedavisi, refleksi olmayan mesanelerde hastanın kendi kendine temiz aralıklı sonda takması gerekebilir.

Yaşlılıkta idrar kaçırmaya tıbbi, sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak önemli bir sorundur. Nedenin iyi anlaşılması ve bu yaşa özgü tedavilerin iyi uygulanmasıyla eskiden kader olarak kabul edilen bu sorunun her zaman tedavi edilebilir olduğu unutulmamalıdır.

Bölüm 12

Cinsel yaşam

Yard. Doç.Dr.Kubilay İnci

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Giriş:

Dünya nüfusu hızla artmaktadır ve artan yaşam beklentisi ile beraber en fazla artışın yaşlı popülasyonda olması beklenmektedir. Yaşlı popülasyon 1950 yılında tüm popülasyonun %5'ten azını oluştururken bu oran 2025 yılında %15 olacaktır ve artan yaşam beklentisi ile erkekler ve kadınlar hayatlarının üçte birini bazı hormonlardan eksik olarak yaşayacaklardır.

Yaşlanan erkek, yaşlanmanın getirdiği benign prostat hiperplazisi (BPH), prostat kanseri, erektil disfonksiyon (ED), idrar inkontinansı ve androjen eksikliği gibi bazı ürolojik hastalıklarla karşılaşmaktadır. BPH'nın görülme sıklığı yaşla beraber artmaktadır. Ayrıca yaş prostat kanseri gelişiminde etkili en güçlü risk faktörüdür.

Yaşlanma süreci birçok fiziksel değişiklikleri birlikte getirir. Bunların bir kısmı doğal olarak cinselliğe de yansır. Erkeklerde androjen (testosteron) seviyeleri ilerleyen yaşla beraber azalmaktadır ve bunun sonucunda da cinsel ilgi ve davranışlarda, dolayısıyla da erektil fonksiyonlarda azalma meydana gelmektedir. Erektil disfonksiyon (sertleşme sorunu);

“Yeterli seksüel performans sağlayacak ereksiyonu (penisin sertleşmesi), yeterli sertlik ve sürede sağlayamamak ve/veya sürdürmemek” olarak tanımlanmaktadır. Erektile disfonksiyon (ED) ile yaşlanma arasındaki ilişki birçok epidemiyolojik çalışma da gösterilmiştir. İlk olarak 1948 yılında Kinsey tarafından yapılan 15000 erkek üzerinde yapılan araştırmada yaşlanma ile birlikte cinsel aktivitede azalma olduğu rapor edilmiştir. Bu çalışmada erektil disfonksiyonun sıklığı 65 yaşında %25, 80 yaş ve üzerinde %75 olarak bildirilmiştir. Bu konudaki en önemli çalışma Massachusetts Male Aging Study (MMAS)'dir. Çalışmaya yaşları 40–70 arasında değişen toplam 1290 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmada 40 yaşında erektil disfonksiyon oranı %40 iken bu oran 70 yaşında %67'e çıkmaktadır. Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmada da yaşın artması ile erektil disfonksiyon arasındaki ilişki gösterilmiş, 40–49 yaş arası %49,9, 50–59 arası %74,8, 60–69 arası %88,3 ve 70 yaş üzerinde %95,7 oranında herhangi bir derecede erektil disfonksiyon olduğu gösterilmiştir.

Etiyoloji:

ED yaşlanma ile giden bir durumdur, ancak yaşlanmanın doğal sonucu değildir. Yaşlanma süreci ereksiyonun sinir, arter (atardamar), vena (toplardamar), kavernöz doku (penisin ereksiyondan sorumlu olan yapılar) (Şekil 1) ve hormonlar olmak üzere tüm komponentlerini etkileyebilir. Yaşlanma ile ED için olası risk faktörleri (medikal sorunlar ve tedavileri) artar. Solunum, gastrointestinal ve kardiyovasküler sistemde yaşa bağlı düz kas fonksiyon bozukluğu uzun zamandır bilinmektedir. Yaşlanma aynı zamanda genitoüriner sistemi (genital organlar ve idrar yolları) de etkileyerek kadın ve erkekte idrar yolları ile ilgili belirtilere ve cinsel sorunlara neden olur.

Yaşlanma ile seks hormonlarında meydana gelen değişiklikler önemli ölçüde ereksiyonun kalitesini etkileyebilir ve bu da yaşlı popülasyonda görülen erektil disfonksiyonun en önemli nedenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir, ancak normal cinsel yaşamın devam ettirilmesinde ve ereksiyonun sağlanmasında önemli bir hormon olan testosteron düzeyi ile erektil disfonksiyon arasında sabit bir ilişki saptanmamıştır. İyi bir ereksiyon için iyi arteriyel akım, trabeküler düz kaslarda (kavernöz dokuyu oluşturan kas dokuları) sağlamlık ve yeterli gevşeme yeteneği, sağlıklı bir tunika albuginea (penisin kavernöz cisimlerini kuşatan bağ dokusundan kılıf) ve yeterli düzeyde araçların varlığı gerekmektedir (Şekil). Yaşlanma ile ortaya çıkan tunika albugineadaki elastik lif yoğunlaşmasının azalması ve mikroskopik düzeylerdeki değişiklikler kavernozaal yetersizlikle sonuçlanır. Kavernozaal yetersizlik ED'nin en sık nedenlerinden biridir. Tunika albugineanın

bir diğerk hastalığı ise etiyolojisi tam olarak bilinmeyen ve orta yaş grubu erkekleri etkileyen Peyronie hastalığıdır. Penis tunika albugineası ve çevre erektil dokuda fibröz plak oluşumu ile karakterizedir. Bu hastalıkla beraber penis eğriliği, peniste fonksiyonel kısalık ve erektil disfonksiyon görülebilir.

Arteriyel sisteminin (atar damar sistemi) herhangi bir yerindeki tıkaçıcı hastalık, kavernoöz dokulara gelen arter kan akımını düşürür. Böylece tam ereksiyona kadar geçen süre uzar ve penisin sertliği azalır. Arteriyel ED'nin en sık nedenleri atheroskleroz (damar tıkanıklığı), hipertansiyon, hiperlipidemi (kanda herhangi bir lipit türünün artması), diabet, sigara, travma ve radyasyondur. Atheroskleroz ve hiperlipidemi hastalarında atherosklerotik plaklar damarlarda darlık yaratarak akımı sınırlandırır. Artan yaş atheroskleroz için güçlü bir risk faktörüdür.

ED'nin risk faktörleriyle kardiyovasküler sistem hastalıklarının risk faktörleri sıklıkla benzerdir. Göğüs ağrısı olan ve anjiyografi ile edilen koroner arter hastalığı olduğu gösterilenlerin %67'sinde ED belirtileri kardiyolojik belirtilerden yaklaşık 3 yıl önce çıkmaktadır. Hipertansiyon, ED için başlı başına bir risk faktörüdür. Hipertansiyonu olan hastaların %25'inde beraberinde ED görülmektedir. Hipertansiyona bağlı iskemik kalp hastalığı veya böbrek yetmezliği gibi kardiyovasküler komplikasyonların varlığında ED sıklığı daha fazladır. Bununla birlikte hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçların da ED gelişimine neden oldukları bilinmektedir.

Obezite (şişmanlık) yalnızca kendisi değil aynı zamanda yarattığı sistemik hastalıklarda ED ile birlikte gider. Diabet, ED riskini ortalama 3 kat artırır. Diabet hastalarında ED prevalansı, yaşa bağımlı olarak %27,5–59 arasında değişmektedir. Diabet, fizyolojik fonksiyonlarda, santral sinir sistemi fonksiyonlarında, androjen (testosteron) salgılamasında, sinir sisteminde, endotel (dolaşım sistemini döşeyen tek katlı yassı epitel) hücre fonksiyonlarında ve düz kas kasılmasında pek çok değişikliklere neden olarak ED gelişimini hızlandırır.

Radyasyona bağlı ED sıklıkla prostat kanseri tedavisinden sonra görülür. ED'nin derecesi doza, alanın genişliğine ve hastanın yaşına bağlıdır. Radikal prostatektomi sırasında pelvik sinir ağında veya prostatın etrafındaki kavernoöz sinirlerde hasar oluşur. Sinir koruyucu yaklaşımla cerrahi tekniğe, hasta yaşına ve tümörün patolojik evresine bağlı olmak kaydıyla erektil fonksiyon % 35–68 arasında korunur. Radikal pelvik cerrahi sonrası erektil fonksiyonların 12–18 aylık bir dönemde giderek artan bir şekilde geriye döner.

Cinsel fonksiyonda etkin olan merkezi ve çevresel sinir sistemi üzerinde hasara neden olan olaylar ED'ye de neden olabilir. ED'nin % 10-19'unun nörojenik kökenli olduğu saptanmıştır.

Birçok ilaç ED ile ilişkilidir ve ED için risk faktörüdür. Çeşitli sınıflardaki ilaçlara bağlı ED gelişebilir ve ED nedeniyle başvuran hastaların % 25'inde etiyolojik neden ilaçlardır. Hipertansiyon nedeniyle kullanılan pek çok ilaç ED nedenidir. Serum testosteron seviyelerini düşüren ve testosteronun bağlandığı yeri bloke eden (kapayan) ilaçlar da ED'ye neden olabilmektedir.

Tanı:

Yaşlanma ile birlikte görülen erektil disfonksiyonlu bir hastaların birçoğu bu durumdan çok rahatsız olmadıklarını ve bunun için özel bir tedavi istemediklerini belirtmektedirler. Yapılan bir epidemiyolojik çalışmada 70–79 yaş arasındaki erektil disfonksiyona sahip hastaların %46'sının bundan rahatsız olduğu ortaya çıkarılmıştır. Bu nedenle bu hastalar herhangi bir nedenle değerlendirilirken bu konuda yardım isteyip istemedikleri sorgulanmalıdır.

Sorunu iyi belirleyecek, hasta beklentisini karşılayacak ve tedavi şeklini belirleyecek bir değerlendirme yapmak gerekmektedir. Birinci basamak olarak; detaylı bir hikayeye, ayrıntılı bir fizik muayeneye ve kan testlerine ihtiyaç vardır.

Hastalardan hikaye alınırken seksüel problemler üzerinde durulmalıdır. Erektile disfonksiyonun süresi, başlangıç şekli, uyarılma, orgazm ve ejakülasyon (boşalma) sorunları, libido (cinsel istek) düzeyi, sabah ereksiyonları, partner (eş) ile ilgili sorunlar, bilinen hastalıklar, ameliyatlar, travmalar, radyasyon tedavisi, sigara, alkol, madde bağımlılıkları, ilaç öyküsü sorgulanmalıdır. Ayrıntılı bir değerlendirme için mümkünse hasta partneriyle birlikte değerlendirmelidir. Bu partnerin sağlık durumu hakkında bilgi vermesi açısından da önemlidir.

Hastanın sübjektif (öznel) sorunlarını objektif olarak değerlendirmek için sorgulama formları geliştirilmiştir. Bunlardan en çok kullanılan Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksidir (IIEF). Türkçe'ye de uyarlanmış edilmiş bu indeks 15 sorudan oluşmakta ve beş temel faktörü değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bunlar; erektil fonksiyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, cinsel ilişki memnuniyeti ve genel memnuniyettir.

Fizik muayene sistemik olarak yapılmalıdır. Hastanın boyu ve kilosu ölçülerek vücut kitle indeksi hesaplanmalı, kan basıncı ölçülmeli, periferik nabızlara bakılmalı, periferik refleksler ve duyuşal iletim kontrol edilmelidir. Prostat kanseri açısından parmakla rektal

inceleme yapılmalı, serum prostat spesifik antijen (PSA) düzeyine bakılmalıdır. Ayrıca idrar tetkiki de yapılmalıdır.

Kan testleri olarak tam kan sayımı, açlık kan şekeri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, lipit profili ve sabah testosteron düzeyine (gerek görülürse) bakılmalıdır. Genellikle birinci basamak değerlendirme yöntemleri ilk basamak tedavileri başlamak için yeterlidir. Birinci basamak tedavilere yanıt vermeyen ya da karışık hastalarda ikinci basamak tanı yöntemlerine geçilir.

Tedavi:

Tedavi hekimin deneyimine, hastanın isteğine, hangi seçeneklerin var olduğuna bağlıdır. Hekim, hasta ve partnerinin ne istediğine yönelik olarak tedavi planlamalıdır. İyi ereksiyon yeni geliştirilen ilaçlarla çoğunlukla sağlanmaktadır. Ancak cinsellik cinsel organlara odaklanmanın ötesinde bir kavramdır. Amaç tatminkar bir cinsel deneyimin gerçekleşmesidir.

İlk yapılması gereken ED'ye neden olan faktörü ortadan kaldırmaktır. Sigara bırakılmalı, alkol bağımlılığı varsa tedavi edilmeli, obezite, hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler sistem hastalıklar tedavi edilmeli, diyet ve eksersiz konusunda hastalar cesaretlendirilmelidir.

Erkeklerde androjen seviyeleri ilerleyen yaşla beraber azalmaktadır. Cinsel istekte ve özellikle gece ve erken sabah ereksiyonlarda olmak üzere ereksiyon kalitesinde azalma, huy değişiklikleri, entelektüel kapasitede azalma, total vücut kütlelerinde azalma, vücut kıl dağılımında değişiklikler, dermatolojik değişiklikler, vücudun üst ve gövde kısmındaki yağ miktarında artma gibi androjen eksikliğin klinik bulguları olan ve androjen eksikliği biyokimyasal olarak kanıtlanmış hastalar yerine koyma tedavisi için uygun hastalardır. Ancak çok belirgin olgular dışında yalnızca öykü ve fizik muayeneye dayalı testosteron eksikliği tanısı güvenilir değildir. Biyokimyasal çalışma tanı için önerilmektedir ve anormal sonuç mutlaka tekrar edilmelidir. Testosteron yerine koyma tedavisi için mutlak açık bir endikasyon olmalıdır. Erektile disfonksiyon ve libido azalmasını da içeren andropozal belirtiler için tedavi en az 3–6 ay süreli olmalıdır. Bu süre sonunda seksüel fonksiyonun ve diğer parametrelerin yeniden değerlendirilmeli ve klinik yanıtı göre devam edilip edilmemesi kararlaştırılmalıdır. Kırk yaşın üstündeki tüm erkeklerde tedavi öncesi parmakla rektal inceleme yapılmalı ve PSA bakılmalıdır. Prostat ve meme kanseri durumunda androjen replasman tedavisi için kontrendikedir. BPH testosteron yerine koyma tedavisi için bir kontrendikasyon değildir, ama tedavi sırasında işeme güçlüğü'nün artmasının androjen uyarımına bağlı olabileceği

düşünülerek BPH'ya özel tedavilerin de eklenmesi, doz azaltılması ya da tedavinin kesilmesi gerekebilir. Klinik ve biyokimyasal değerlendirme (karaciğer fonksiyon testleri, lipit profili, hemoglobin, parmakla rektal inceleme ve PSA dahil) ilk yıl için 3 ayda bir yapılmalıdır.

ED'nin tedavisinde ilk seçenek oral (ağızdan) tedavidir. 1998 yılında fosfodiesteraz tip 5 enzimi (PDE5) inhibitörü olan sildenafilin piyasaya sürülmesi ile PDE5 inhibitörleri hızla popüler olmuş ve ED'nin tedavisinde en önemli yeri almışlardır. Sildenafil ile birlikte erektil disfonksiyon tedavisinde kullanılan diğer PDE5 inhibitörleri vardenafil ve tadalafildir. Sildenafil oral yoldan alındıktan sonra plazmada en yüksek seviyesine 30–120 (ortalama 60) dakikada ulaşır. 25, 50 ve 100 mg dozlarda kullanılabilir. Başlama dozu: 50 mg olup, seksüel aktiviteden 1 saat önce alınmalıdır. Doz 25 mg'a (yaşlı hastalarda, karaciğer fonksiyon bozukluğu olanlarda, renal yetmezliği olan hastalarda) düşürülebilir ya da 100 mg'a (yanıt alınmayan olgularda) çıkarılabilir. Günde maksimum 1 kez alınır. Optimum etki için, yağlı yiyecekler emilimini yavaşlattığından mide boşken alınmalıdır. Plazma yarılanma süresi 4 saattir. Genel olarak 25, 50 ve 100 mg dozlarda kullanıldığında sırasıyla olguların % 63, %74 ve %82'sinde ereksiyon işlevini düzeltmektedir. Spesifik etiyolojiye bağlı ED si olan olgularda sildenafilin etkinliği değişkendir. Yaşlı popülasyonlarda yapılan çift kör, plasebo kontrollü çalışmalarda da etkili ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Çalışmalarda sildenafil iyi tolere edilmiş, %16 oranında baş ağrısı, %10 oranında yüz kızarması, %7 oranında dispepsi (sindirim güçlüğü, hazımsızlık) görülmüştür. Görme bozukluğu %3 oranında görülmüş ve genellikle geçici hafif bir renk değişikliği ve ışığa karşı duyarlılık olarak rapor edilmiştir. Bu yan etkilere bağlı ilacı bırakma oranı ise %3 olarak bulunmuştur.

Vardenafil'in 5, 10 ve 20 mg'lık formları bulunmaktadır. Maksimum konsantrasyona 10 mg için 0,9, 20 mg için 0,7 saatte ulaşmaktadırlar. Yarılanma ömrü 4 saattir. Sildenafilde olduğu gibi yağlı yiyecekler absorpsiyonu yavaşlatmaktadırlar. Klinik etkinliği sildenafil ile benzerdir. Vardenafil 5, 10 ve 20 mg dozlarda kullanıldığında sırasıyla olguların % 64,5, % 72,9 ve % 80,9 unda ereksiyon işlevini düzeltmektedir. Vardenafilin en sık yan etkileri baş ağrısı (%16), ateş basması (%12), rinit (%10,3) ve dispepsidir (%3,9).

Tadalafil'in 10 ve 20 mg'lık formları mevcuttur. Moleküler yapısı diğerlerinden farklıdır. Maksimum konsantrasyona 2 saatte ulaşır ve yarılanma ömrü 17,5 saattir. Yiyecekler, yaş, diabet ve hafif-orta karaciğer yetmezliğinden etkilenmemektedir. 10 ve 20 mg dozlarda kullanıldığında genel etkinliği sırasıyla % 67 ve % 81 olarak bulunmuştur. Tadalafil kullanımı ile ortaya çıkan en sık yan etkiler baş ağrısı (%14), dispepsi (%10), sırt ağrısı (%6), kas ağrısı (%5) ve ateş basmasıdır (%4).

PDE5 inhibitörlerinden optimum cevap alınabilmesi için hasta bilgilendirilmelidir.

Seksüel uyarının PDE5 inhibitörlerinin çalışması için gerekli olduğu, ilacın maksimum etkisinin ortaya çıkması için belli bir zaman geçmesi gerektiği, performans anksiyetesini yenmek ve uzun bir süre cinsel ilişki yokluğu sonrası tekrar başladığında birden fazla denemenin gerekebileceği hastaya anlatılmalıdır.

ED tedavisinde oral kullanılan bir diğer ajan merkezi sinir sistemi üzerinden etki gösteren apomorfindir. Apomorfinin sublingual (dilaltı) olarak kullanılan 2 ve 3 mg'lık formları mevcuttur. 15–20 dakikada plazmadaki maksimum değere ulaşır. Alkol ve yemekle etkileşmez. Yan etkileri; bulantı, baş ağrısı ve baş dönmesidir. Dozun 3 mg' çıkarılması etkinliği artırmakla beraber yan etkileri artmaktadır. Bu nedenle yan etkiyi azaltmak için 2 mg ile başlayıp sonradan 3 mg'a çıkmak gerekmektedir. Apomorfinin, bir miktar erektil fonksiyonu korunmuş, kısa dönem ED'si olan, hafif ve orta derecede ED'si olan genç hastalarda kullanılması daha uygundur.

Oral tedavi ilk tedavi seçeneği olmakla beraber diğer tedavi seçenekleri de hastalara ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır. Ayrıca bir grup hasta oral tedavi ile oluşan ereksiyondan tatmin olmayıp alternatif tedavi seçenekleri istemektedirler. İkincil tedavi seçenekleri intrakavernozal ve intraüretral tedavidir.

İntrakavernozal tedavi, kavernöz cisimlere doğrudan olarak ilaç enjeksiyonu ile uygulanan tedavi yöntemidir. Hemoglobinopati (orak hücre anemisi), kanama eğilimi, Peyronie hastalığı ve idyopatik priapizm (penisin cinsel istek ya da ilişki olmadan uzamış ve ağrılı ereksiyonu) tanımlayanlarda kesinlikle önerilmez. Ayrıca el becerisi iyi olmayan, ileri derecede görme bozukluğu olan hastalar, ileri derecede obezler ve geçici hipotansif (tansiyon düşüklüğü) atağı olanlar intrakavernozal tedavi için ideal olmayan hasta grubunu oluşturur.

Bu amaçla papaverin, prostaglandin E1, Na nitroprussid, fentolamin ve fenoksibenzamin tek başlarına ya da kombinasyonlar şeklinde kullanılmaktadır. Fentolaminin tek başına etkisi düşüktür genellikle kombinasyon tedavilerinde kullanılır. Papaverin bir PDE inhibitörüdür. Tek başına kullanımda fentolaminden daha etkindir. Etkinlikleri %70–75 arasındadır. İntrakavernozal tedavinin komplikasyonları; hematoma, kavernoze ya da lokal enfeksiyon, üretral hasar, uzamış ereksiyon, peniste yanma hissi ve ağrılı ereksiyon (özellikle prostaglandin E1), ve lokalize fibrotik değişikliklerdir (%0,8–5,4). Fibrotik değişiklikler genellikle kendiliğinden geçmekte ve hastaların çoğu (%91) enjeksiyona devam etmektedirler. Papaverin alkol alışkanlığı ve karaciğer hasarı olanlarda karaciğer toksisitesine neden olabilmektedir.

İntraüretral tedavi ise üretradan (penisin içindeki idrar ve meni taşıyan ince boru) emilen ajanın kavernöz cisimlere iletimi sonucu ereksiyon sağlanması esasına dayanır.

İntraüretral alprostadil olarak piyasada bulunan MUSE'un (Medicated Transurethral System for Erection) 125, 250, 500 ve 1000 µg olmak üzere 4 formu vardır. Ancak genellikle 500-1000 µg'lık formları kullanılmaktadır. Etkinlik %30 ile %66 arasında değişmektedir ve genel olarak etkinliği intrakavernozal tedavi seçeneklerinden daha düşüktür.

İntraüretral alprostadilin kontraendikasyonları; alprostadil hipersensitivitesi, akut veya kronik üretrit, anormal penil anatomi (hipospadias, kûrvatür, üretral darlık), cinsel aktiviteye engel olacak hastalıklar, gebelikte veya gebelik düşünülen dönemde kondomsuz koitus olarak özetlenebilir. En sık yan etkisi lokal penis ağrısıdır (%29–41). Diğer yan etkileri ise üretral kanama (%4–5,5), peniste uyuşukluk hissi (%1,9–14) ve idrar yolu enfeksiyonudur (%0–0,2). Yan etkileri ve kısıtlı etkisinden dolayı hastaların %80'i tedaviyi bırakmaktadır.

Bu tedavi seçeneklerine yanıt vermeyen hastalarda son seçenek penis protezleridir. Penis protezleri semirijid ve şişirilebilir olmak üzere iki ana kategoriye ayrılırlar. İçteki teller sayesinde sert durabilen semirijid protezler aynı zamanda bükülebilmesi nedeniyle rahatlıkla gizlenebilir. Şişirilebilir protezler daha kozmetik ve fizyolojik protezler olmasına karşın, hasta ile sağlıklı iletişim sağlanamadığı veya hastanın el kullanımı ile ilgili fonksiyonel bir bozukluk varlığında bükülebilir protezler seçilebilir.

Protez seçimini yaparken; hastanın tercihi, doktorun tercihi, maliyet ve hastanın sosyal konumu göz önünde bulundurulmalıdır. Semirijid penis protezlerinin kolay yerleştirilebilmeleri, maliyetlerinin düşük ve başarı şansının yüksek olması gibi avantajları vardır.

Protez implantasyonu ile olguların ve partnerlerinin hemen hepsinde memnuniyet sağlanırken, geri dönüşümsüz bir tedavi şekli olduğu ve potansiyel komplikasyonları hakkında olgular bilgilendirilmelidir. Penis protezi implantasyonun en önemli komplikasyonu enfeksiyon ve buna bağlı olarak protezin çıkarılma zorunluluğu olduğu için hastalar ve ameliyathane optimum koşullara getirilmelidir.

Bölüm 13

Ağız ve diş sağlığının korunması

Prof. Dr. Meserret Başeren *, Prof. Dr. Nur Hersek **, Prof. Dr. Haviye Nazhel***

*Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Tedavi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi,

**Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

Öğretim Üyesi, Hacettepe Üniversitesi GEBAM Müdür Yardımcısı

***Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi,

Ağız sağlığımız için en önemli tehdit, **diş plağı** adı verilen, dişlerinizi ve varsa protezlerinizi kaplayan yumuşak eklentidir. Diş plağı gözle görülemez, ancak, yapısında milyonlarca mikrobu barındırır. Bu yüzden, ağız dokuları için son derece zararlıdır. Ağız sağlığının devamlılığının sağlanması için, diş plağının mutlaka uzaklaştırılması gerekir.

Dişler üzerine biriken diş plağı uzaklaştırılmazsa ne olur?

1. Dişeti iltihabı
2. 2. Diştaşı birikimi
3. 3. Diş çürükleri
4. 4. Ağız kokusu

İleri yaşta görülen ağız hastalıklarının % 95'ini, diş plağının neden olduğu dişeti hastalıkları ve diş çürükleri oluşturur.

Dişeti Hastalıkları

65 yaş ve üzerindeki kişilerin yarısından fazlasında dişeti hastalıkları görülür.

Dişeti hastalıklarının belirtileri

- Dişeti kanaması
- Dişetlerinin pembeden kırmızıya dönüşmesi ve şişmesi
- Dişeti çekilmesi
- Ağız kokusu
- Dişlerde yer değiştirme ve sallantı
- Diş ve dişeti arasından iltihap gelmesi
- Isırma sırasında dişlerin kapanışının değişmesi

Dişlerin çevresinde kemik kaybı ve dişeti çekilmesi, ileri yaşta çok sık görülür . Diş plağı, dişeti çekilmesi olan alanlarda daha kolay birikir, dolayısıyla, kök çürükleri ve daha ileri dişeti problemleri ortaya çıkar. Diş plağı, ancak fırçalama ve diş ipi kullanımı ile uzaklaştırılır, ağzın sadece çalkalanması yeterli değildir. Eğer diş plağı kaldırılmazsa, iki günden kısa bir sürede diştaşına dönüşebilir. Diştaşı o kadar serttir ki ancak, bir dişhekimince yapılan diştaşı temizliği sonucu uzaklaştırılabilir. Günlük diş fırçalama işlemleri, diştaşı oluşumunu çok azaltır. Ancak, tamamen yok edemez. Bu yüzden, yılda iki kere diştaşı temizliği yaptırarak fırça ve diş ipliği ile ulaşılabilen bölgelerin temizliği sağlanmalıdır.

Dişeti hastalıklarının oluşumuna yol açan diğer faktörler

- Sigara kullanımı
- Genel sağlık sorunları
- İlaç kullanımı
- Sıkıntı
- Ailesel yatkınlık
- Kötü beslenme

Genel sağlık sorunları

Yaşın ilerlemesi ile birlikte artış gösteren şeker hastalığı veya kemiklerle ilgili hastalıklar gibi genel sağlık sorunları, dişeti problemlerinizin artmasına neden olabilir. Bu durumda diş plağının uzaklaştırılması daha da büyük önem kazanır. Ayrıca, el ve koldaki eklem problemleriniz, fırçalama ve diş ipi kullanımını zorlaştırabilir. Bu durumda şekillendirilebilen diş fırçaları, elektrikli diş fırçaları, ağız duşu ve/ya ağız gargaralarının kullanımı gerekir. Dişhekiminiz sizin için en uygun olan yöntemi tarif edecektir.

AĞIZ SAĞLIĞI İYİ OLMAYAN BİR KİŞİ SAĞLIKLI SAYILAMAZ. SAĞLIKLI DİŞETİ VE SAĞLIKLI DİŞLER, DAHA SAĞLIKLI BİR VÜCUT İÇİN MUTLAKA GEREKLİDİR. DİŞETİ HASTALIKLARINA YOL AÇAN MİKROPLAR, KANA KARIŞARAK, DİĞER ORGANLARINIZA ULAŞABİLİR VE O ORGANLARDA HASTALIĞA YOL AÇABİLİRLER. BUGÜN, DİŞETİ HASTALIKLARININ KALP HASTALIĞI RİSKİNİ ARTTIRDIĞI DÜŞÜNÜLMEKTEDİR. *ÖRNEĞİN, KALP DAMAR HASTALIKLARI, DİŞETİ HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE, DİŞETİ HASTALIĞI OLMAYANLARA GÖRE İKİ KAT DAHA FAZLA GÖRÜLMEKTEDİR. BENZER ŞEKİLDE, DİŞETİ HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE, KALP KRİZİ GEÇİRME RİSKİNİN, DİŞETİ HASTALIĞI OLMAYANLARA KIYASLA İKİ KAT DAHA FAZLA OLABİLECEĞİ İLERİ SÜRÜLMEKTEDİR.* AYRICA, DİŞETİ HASTALIKLARI İLE ŞEKER HASTALIĞI VE SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI ARASINDA DA BİR İLİŞKİ MEVCUTTUR. BU YÜZDEN, LÜTFEN DİŞHEKİMİNİZİ GENEL SAĞLIK DURUMUNUZ İLE İLGİLİ OLARAK BİLGİLENDİRİNİZ.

DİŞ ÇÜRÜKLERİ

Diş plağında bulunan mikropların şekerli ve nişastalı gıdaları parçalamaları sonucu ortaya çıkan asitler, dişlerde çürük oluşumuna yol açarlar. Çürükler her zaman çıplak gözle görülmeyebilir. Bu yüzden, dişhekimini kontrollerine düzenli olarak gitmek çok önemlidir. Bu

sayede, henüz başlamış olan çürükler belirlenebilir ve tedavi edilebilir. İleri yaşlarda dişeti çekilmesi sonucu açığa çıkan kök yüzeyleri çürüğe daha yatkındır. Ayrıca, açığa çıkan bu bölgeler, hatalı diş fırçalama sonucunda kolaylıkla aşınır ve dişlerde hassasiyet ortaya çıkar.

Ağız kuruluğu

Yaşın ilerlemesi ile birlikte tükürük azalır ve dolayısıyla ağız kuruluğu ortaya çıkar. Bu duruma genellikle kullanılmakta olan ilaçlar yol açar. Ağız kuruluğu yapan ilaçlara örnek olarak çeşitli ağrı kesiciler ile kalp hastalıkları, yüksek tansiyon, eklem sorunları ve psikolojik problemlerin tedavisi için kullanılan ilaçları verebiliriz. Ayrıca, bazı hastalıklar da ağız kuruluğuna yol açabilir (Örnek : Şeker hastalığı). Ağız kuruluğunuz varsa, diş çürükleri ve dişeti hastalıkları için adaysınız demektir. Bu durumda, şekersiz sakızlar ile bazı ağız gargaraları ve nemlendirici ajanların kullanımı sizi rahatlatır. Ancak, bisküvi ve kraker gibi kuru gıda tüketiminden kaçınmalısınız. Ayrıca, sigara ve alkol ile çay, kahve ve diğer kafeinli içeceklerden de uzak durmalısınız. Bu arada, dişhekiminize ağız kuruluğu ile ilgili şikayetlerinizi belirtiniz ve aldığımız ilaçları söyleyiniz.

Ağız sağlığınız ile ilgili öneriler

- Her yemekten sonra dişlerinizi fırçalayınız.
- Fırçanızı en az üç ayda bir değiştiriniz.
- Fırçanız dişlerinizin arasını iyi temizleyemez. Bu yüzden, ara yüz temizliğini, diş ipi ve ara yüz fırçası ile yapınız. Benzer şekilde, kron ve köprü gibi sabit protezlerin temizliği sırasında, normal diş fırçasına ek olarak, ara yüz fırçası ve diş ipi kullanılabilir. Dişler fırçalandıktan sonra dil de fırçalanmalıdır, dilin temizliği için üretilmiş özel dil temizleyicileri de kullanılabilir.
- Size en uygun olan diş fırçasını, fırçalama yöntemini, diş ipini ve ağız gargarasını dişhekiminize sorunuz.
- Öğün aralarında şekerli gıda tüketiminden kaçınınız. Eğer, şekerli gıda aldıysanız ve diş fırçalama olanağınız yoksa, en azından ağızınızı suyla çalkalayınız.
- Portakal ve limon gibi yüksek oranda asit içeren meyvelerin tüketiminden sonra dişlerin hemen fırçalanması yerine, ağız suyu ile çok iyi çalkalanması gerekmektedir. Diş fırçalama işlemi bir süre sonra yapılmalıdır. Aksi takdirde, dişlerde aşınma ortaya çıkacaktır.
- Ağız kuruluğunuz varsa, şekersiz sakızlar ve nemlendirici ajanlar sizi rahatlatır. Ağız kuruluğu, ayrıca, protezlerin tutuculuğunu da olumsuz yönde etkiler, gün içinde bir kaç kez suyla gargara yaparak bu sorunu çözmek mümkündür.

- Ağız hastalıklarının genel sağlığını etkileyebileceğini unutmayınız. Düzenli dişhekimi kontrollerini aksatmayınız.

PROTEZLERİNİZ VE SİZ

Hareketli (takılıp çıkarılabilen) protezler, dişlerin bir kısmı veya tamamının eksikliğinde uygulanan protezlerdir. Bu protezler, ağızda doğal dişlerin bir kısmı varsa, bu dişleri çevreleyen metal kancalar veya hassas tutucularla yerinde dururlar. Ağızda hiç diş kalmamışsa yani tam protez kullanılıyorsa, bu protezler, tamamen ağız ve çevre dokuları tarafından yerinde tutulur. Tam protezlerin ağızda durması, kişinin dil, dudak ve yanaklarını kontrolüne ve bu bölgedeki kaslarını protezi yerinde tutacak şekilde doğru kullanmasına bağlıdır.

Alt protezler, üst protezlere göre daha fazla hareket eder. Aşırı dil, dudak ve yanak hareketleri ise her protezi yerinden çıkarabilir.

HAREKETLİ (TAKILIP ÇIKARILABİLEN) PROTEZ KULLANIYORSANIZ, AŞAĞIDAKİ ÖNERİLERİ DİKKATE ALMALISINIZ :

- Hareketli protez kullananların protezlerinden memnuniyetleri, büyük oranda, ağızda mevcut olan doğal diş sayısına, bu dişlerin sağlığına, protezleri taşıyan kemik dokusunun yüksekliğine ve yumuşak dokunun sağlığına bağlıdır. Bu nedenle, diğer kişilerin protezleri ile kendi protezlerinizi kıyaslamayınız.
- Kişinin, kendi gayreti ve isteğinin de protezin kullanılabilirliğini önemli ölçüde etkilediğini unutmayınız.
- Alt çenede özellikle hiç diş bulunmaması durumunda, protezden beklentiniz fazla olmamalıdır.
- Yapılan araştırmalara göre, alt ve üst tam dişsizlik durumunda, protezlerin, doğal dişlerin sadece % 20-30'u kadar işlev gördüğü anlaşılmıştır. Bu nedenle, protez kullanıyorsanız, besinleri küçük lokmalar halinde alıp daha uzun süre çiğneyiniz.
- Son senelerde protezlerin ağızda hareket etmeden durabilmesi için çene kemiğinin içine implant yerleştirilmesi ve bu implantlara bağlanan protez uygulamaları gelişmiştir. Genel sağlığınız iyi ise sigara alışkanlığınız yoksa ve şeker hastalığınız yoksa bu uygulamayı yapan merkezimize başvurabilirsiniz. Çenelerinizin röntgeni çekilerek kemik yapınız ve yüksekliğinin bu işlem için uygun olup olmadığına karar verilir. Bu uygulamanın yapılacak işlemlere göre değişen belli bir maliyeti vardır ve sosyal güvenlik kurumları tarafından karşılanmamaktadır.

Protezlerinizi nasıl temizleyeceksiniz?

Protezlerinizin bakımı ve temizliği önemlidir, iyi temizlenmeyen protezlerde zamanla renk değişikliği, bazı bölgelerde diştaşı birikimi ve koku meydana gelir. Her yemekten sonra protezlerinizi yıkamayı ve ağzınızı alkalamayı alışkanlık haline getiriniz. Günde iki kez de protezlerinizi fırça ve sabunla temizleyiniz.

Protezlerinizin temizliğini, eczanelerden veya süper marketlerden temin edebileceğiniz, protez temizlemek için üretilmiş bir fırça ve sıvı sabunla yapabilirsiniz.

Fırça ile protezinizin iç yüzeyini, parlak diş yüzeyini, yapay dişleri ve varsa metal kısımlarını, yumuşak eklentileri uzaklaştıracak şekilde, iyice temizleyiniz.

Metal parçaların temizliği sırasında, iki uçtan aşırı basınç yapılması, metalin eğilmesine neden olur.

Fırçalama işleminden sonra protezleri temizlemek için üretilmiş suda eriyen tabletleri kullanabilirsiniz, bu amaçla üretilmiş toz şeklindeki ürünler ise, aşınmaya neden olacağı için kullanılmamalıdır .

Temizlik sonrası protezlerinizi iyice durulayınız, protezler ılık suyla yıkanmalıdır, aşırı sıcak su kullanılmamalı ve yine ılık su içinde bırakılmalıdır.

Temizlik sırasında, protezin elinizden kayıp düşmesi ve kırılması tehlikesine karşı, temizlik işleminin plastik bir kap içinde yapılmasında fayda vardır.

Dokulardaki kan akımının normale dönmesi için, protezlerinizi günde 8 saat kullanmamanız gerekir. Bu nedenle geceleri protezle uyumayınız, bu sırada protezlerinizi içi su dolu kapalı bir kapta saklayınız. Sabah kalkar kalkmaz protezler takılmalıdır.

Protezlerinizde bolluk hissediyorsanız veya acıtan kısımları varsa, dişhekiminize başvurunuz. Protezde acıtan kısımların bulunması, ağz dokularınızda bazı istenmeyen değişikliklere yol açabilir.

Protezlerin ömrü ne kadardır?

Protezleri taşıyan dokular devamlı değişim halindedir, oysa protezlerin dokuya temas eden yüzeyi değişmemektedir. Bu nedenle, protezlerinizden şikayetiniz olmasa bile, senede bir kez kontrol edilmesi ve en fazla 5-7 yıl sonra hareketli protezlerinizin yenilenmesi gerekir. Bazen bollaşan protezler astarlanarak, dişleri aşınmiş protezler ise, bu dişlerin yenilenmesi ile tekrar kullanılabilir hale getirilir.

Dil ve tad duyusundaki değişiklikler

Menopoz sonrasında ve yaşın ilerlemesi ile birlikte dilde acı tad ve yanma hissi olabilir. Bu tip Şikayetleri olanlara B vitamini tedavisi uygulanabilir. Dil üzerinde 100' den fazla tad tomurcuğu vardır, yaşın ilerlemesi ile bu sayı 70-80'e iner ve tad hassasiyeti azalabilir, bu durum normal karşılanmalıdır.

Ağız kőşelerindeki hassasiyet

Yaş ilerledikçe deri elastikiyetinin kaybolması nedeni ile ağzın fazla açılmaya zorlanması, ağız kőşelerine zarar verir. Bu bölgelerde mantar enfeksiyonuna bağlı yaralar oluşabilir. Bu durumda, tedavi için hekiminize başvurarak mantar merhemleri kullanabilirsiniz.

Eksik dişleriniz var ve protezlerinizi kullanmıyor musunuz?

Dişler çekildikten sonra, çekilen diş boşluğunun önündeki, arkasındaki ve karşısındaki dişler boşluğa doğru zaman içinde yer değiştirirler. Bu yüzden, eksik dişlerin yerine konulması, sadece estetik, konuşma ve yemek yemek için değil, aynı zamanda kalan dişlerinizi korumak ve besinleri daha iyi çiğneyerek, midenizi rahat ettirmeniz için de gereklidir.

Çok sayıda diş eksikliği olduğu halde, uzun süre protez kullanmayan kişilerde ağız dokularında kayıp, yer değiştirme ve dilin dişsiz bölgeye doğru büyümesi gibi istenmeyen durumlar görülür.

Bölüm 14

Bilinçli ilaç kullanımı

Prof.Dr.Gönül Şahin *, Doç.Dr.Terken Baydar **

*Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakóltesi, Toksikoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

**Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakóltesi, Toksikoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi,

Hacettepe Üniversitesi GEBAM Yönetim Kurulu Üyesi

Gelişmiş toplumlarda ilaç tüketiminin en az üçte biri, bilinçli ilaç kullanımında da önemli bir yere sahip olan yaşlılara aittir. Yaşam kalitesini artırmak ve hastalıkları tedavi etmek amacıyla kullanılan ilaçların, bu gruptaki istenmeyen etkilerinin, sonuçlarının ve bu grupta ilaç etkinliğindeki değişikliklerin önceden tahmin edilmesi olabildiğince zordur. Buna ilave olarak yaşlanan organizmadaki önemli değişiklikler ilacın etkisini önemli ölçüde

değiştirebilir ve ters etkileri artırabilir. Yaşlılarda yaygın görülen ters ilaç reaksiyonları sağlık hizmetlerine ihtiyacı artırmaktadır.

Yaşlı grupta ilaca bağlı en sık gözlenen sorunlar;

1. İstenen tedavi etkinliğinin düşük olması,
2. İlaç kullanımına bağlı ters etkiler,
3. Bazı ilaçların kullanımının kesilmesinden hemen sonra karşılaşılan ters etkiler olarak sıralanabilir.

65 yaş ve üzeri yetişkinlerde ilaç tedavisi, faydalı olmasının yanı sıra aynı zamanda mevcut kronik hastalıkları şiddetlendirebilir. Bugün kesin olmamakla birlikte reçeteli ilaç dağılımının yaklaşık %25'ini yaşlılar tüketmektedir. Bazı ilaç gruplarının kullanımında özellikle dikkatli davranmak gerekmektedir. Yaşlılara çok çeşitli gruptan ilaç reçete edilmektedir. Çoklu ilaç kullanımı kaçınılmaz ise ilaç-ilaç, ilaç-besin ve ilaç-hastalık etkileşmeleri gözönünde bulundurulmalıdır. Zaten var olan kronik hastalıklar nedeniyle çok ilaç almak zorunda olan bu kişiler, ilaç kullanımında hata yapabilirler. Ayrıca kişilerin çoğu bu ilaçları uzun süre kullandıkları için artık hayatlarının bir parçası olmuş bu ilaçlardan doktorlarına bahsetmeyi gerek görmezler. Yaşlılar normal işlevlerini sürdürüyor olsalar bile, çevresel streslere uyum gösterebilme yetenekleri çok azalır. Enfeksiyonlara kolayca yakalanırlar. Sıcak-soğuk stresini daha az tolere ederler. İlaç etkileşmeleri genel olarak, bir ilacın beklenen etkisinin önceden, birlikte veya hemen sonra alınan bir veya daha çok ilaç tarafından nitel ve/veya nicel olarak değişmesi olarak tanımlanabilir. Besinsel faktörler ilaç etkinliğini pek çok şekilde değiştirebilirler. Besin içeriği ile ilacın doğrudan fiziksel veya kimyasal etkileşmesi veya mide-barsak kanalında olası değişiklikler ile başta emilim olmak üzere ilacın yazgısı değişebilir. Yiyeceklerdeki bazı bileşenler veya yiyeceklerin hazırlanmasındaki işlemler de ilaç istifadesi (yararlanımı) üzerinde etkili olmaktadır. Örneğin, lifçe zengin diyet şeker emilimini geciktirir. İşlenmemiş kepek içeren lifçe zengin diyet riboflavin emilimini artırırken lifçe zengin diyet krakerleri riboflavin emilimini azaltabilir. Lifçe zengin, kepekli diyet krakerleri demir ve bazı kalp ilaçlarının (digoksin) emilimini azaltabilir. Soya içeren hipoallerjenik diyet ile demir emilimini azalabilir. Laktoz içermeyen diyet ile aspirin emilimi artar. Peptik ülser diyeti ağırlıklı olarak süt içerebileceğinden dolayı tetrasiklin emilimini azaltabilir. Proteince zengin diyet ile teofilin ve levodopanın metabolizmaları hızlanarak etkileri azalır. Brokoli, lahanası, marul, şalgam gibi sebzelerde

bulunan indol ve flavonoidler ile meyvalarda bulunan biyoflavonoidler, başta greyfurt olmak üzere narenciye suları ve kömür ateşinde pişirme ilaç metabolizma hızını artırabilir.

Doğal oldukları için toksik olmadıkları düşünülen herbal (bitkisel) kökenli preparatlar ve çay şeklinde hazırlanan ürünler tek veya çoklu ilaç kullanan bireylerde zararlı etkiler oluşturabilir. Esas tedavinin etkinliğinin azalması veya beklenen terapötik cevabın abartılı olmasına neden olabilir. Bitkisel ilaç kullananların en az dörte birinin vitamin veya bitkisel tedavinin yanı sıra ilaç kullanmaktadır. Ayrıca bu hastaların yarısından fazlası sağlık personelinin bunları kullandığı konusunda haberdar etmemektedir. Çünkü bu tip ürünleri en fazla tüketen yaşlı grup başta olmak üzere kişiler yaşamlarını tehdit eden ciddi durumlarla karşılaşana kadar bu etkileşimlerden habersizdir.

Günümüzde ilaç-bitkisel ürün (preparat) etkileşimleri üzerine çok az bilimsel veri bulunmakla beraber bu etkileşimleri gösteren vaka raporları gittikçe artan sayıda bildirilmektedir. Bazı bitkisel ilaçların farmakolojik özelliği dolayısıyla önemli sonuçlar doğuran etkileşimler oluşabilir. İlaç ve ilaç dışı ürünlerin etkileşmelerinin önlenmesi için ilaç veya kullanılan üründen kısıtlama yapılması veya herhangi birinden tamamen vazgeçilmesi gerekmektedir. Bunların farklı zamanda alınması, ilaçların düzenli kullanılması gibi basit önlemler bu tip çoğu etkileşmeyi önleyebilir.

İlaç önerisi doktor tarafından yapılmalı, eczacı tarafından ilaç bilgi aktarımı ve ilacın doğru kullanımının takibi yapılmalıdır. Sağlık çalışanları bu konuda aşağıdaki ilkeleri göz önünde bulundurmalıdır:

- * *Doktor tarafından hastanın genel hikayesinin olabildiğince doğru ve tam alınması,*
- * *İlaç, diyet ve diğer alışkanlıklar ile bitkisel kökenli preparat ve çay kullanımının doktor ve eczacı tarafından iyi sorgulanması,*
- * *Tedavinin doktor tarafından kişiye göre düzenlenmesi ve tedavinin basitleştirilmesi, ilaç dozun ayarlanması,*
- * *Varsa mevcut uygulanan tedavileri doğru bir şekilde öğrenilmesi.*
- * *İlaç uygulamalarında sigara, alkol, gazlı içecek tüketiminin olup olmadığı sorgulanması ve bu uygulamanın neden olacağı istenmeyen olaylara dikkat edilmesi,*

İlaçların kola gibi gazlı içeceklerle, greyfurt veya portakal suyu gibi içeceklerle yada enerji içecekleri ile içilmesi uygun değildir. İlaç kullanırken alkollü içki içmekten kaçınılması gerekir.

İLAÇLAR BOL SU İLE ALINMALIDIR

Bu kural sadece yaşlılar için değil tüm ilaç kullanan bireyler için geçerlidir.

Yaşlıların ilaçlarını alacakları saati ve günü unutmamaları, karıştırmamaları için takvime işaretleme gibi basit yöntemler kullanmaya yöneltebiliriz.

Takvime işaretlemeye bir örnek:

<i>Pazartesi</i>	<i>Salı</i>	<i>Çarşamba</i>	<i>Perşembe</i>	<i>Cuma</i>	<i>Cumartesi</i>	<i>Pazar</i>
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	30				

Yaşlılara reçetede yazılan ilaçların kullanımı çok açık ve okunur yazılmalı, sabırla anlayabilecekleri şekilde de sözlü açıklamalar yapılmalıdır. Bunun yanı sıra LÜTFEN:

- ⊕ İlaçlarınızı yalnızca hekimin önerisi ile eczacının uyarıları ve tavsiyeleri doğrultusunda kullanınız. İlacınızı başkalarına tavsiye etmeyiniz, ilacınızı başkalarına vermeyiniz ve başkalarından ilaç almayınız. Başkalarına iyi gelen size zararlı olabilir.
- ⊕ İlaç veya ilaçlarınızı düzenli kullanınız.
- ⊕ Duyduğunuza veya isteğinize göre ilaç kullanmayınız veya ilacınızı kullanmayı bırakmayınız. Şikayetleriniz geçse bile, kendiliğinden tedaviyi kesmeyiniz.
- ⊕ İlaç etkileşmelerinden zarar görmemeniz için özellikle kullanmakta olduğunuz ilacı veya ilaçları ve bitkisel ürünleri, çayları doktorunuza ve eczacınıza mutlaka söyleyiniz.

- ⊕ Doğal oldukları için zararlı olmadıkları düşünölen bitkisel kökenli preparatları, çayları, uygun ve bilinçli olarak tüketmezseniz istenmeyen sonuçlar oluşturabilir veya temel tedavinin seyrini önemli derecede değiştirebilir. Bu tür bitkisel preparatları kullanıyorsanız doktorunuza veya eczacınıza söyleyiniz, onlara danışınız ve bilgi alınız.
- ⊕ Kullandığınız ilacın size zarar değil yarar getirmesini istiyorsanız lütfen ilacınızı **doğru amaçla, doğru zamanda ve doğru miktarda** kullanınız.
- ⊕ Kullandığınız ilaçlarla ilgili tüm sorularınızı emin olana kadar **eczacınıza** sorunuz ve iyi anladığınızdan emin olunuz.
- ⊕ Birden fazla ilaç kullanmanız gereken durumlarda ilaç alma zamanını, aç veya tok karnına kullanılıp kullanılmayacağını eczacınızdan öğreniniz ve bu tavsiyeleri uygulamaya özen gösteriniz.
- ⊕ İlacınızı etiketine dikkat ederek kullanınız.
- ⊕ İlacınızı uygun koşullarda saklayınız. İlaçların da ömrü vardır. Son kullanma tarihi geçen ilaçlar sağlığınıza zarar verebilir yada etkisini yitirdiği için hastalığınızı tedavi etmeyebilir. Gün gelir kullanırım diye stoklama yapmayınız.
- ⊕ İlaçlarınızı çocuklardan uzak tutunuz.

İlaca bağlı olarak ortaya çıkan beklenmeyen etkilerin gözlenmesi durumunda Türkiye Farmakovijilans Merkezi, TÜFAM ☎ (312)3095397 ile bilgi alışverişi yapılmalıdır. Eğer zehirlenme durumu söz konusu ise Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Zehir Danışma Merkezi (☎114) aranmalıdır.

Bölüm 15

Yaşlılıkta sağlıklı ve bilinçli beslenme

Prof.Dr.Perihan Aslan

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Teknolojisi Yüksek Okulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Öğretim Üyesi

Yaşlanma, beden yapısı ve işlevlerindeki bozuklukların birikimi sonucu gelişir. Bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal yönden sağlığın temelini oluşturan **YETERLİ, DENGELİ ve SAĞLIKLI BESLENME**, yaşlılıkta oluşan değişimlerin hızını yavaşlatarak olumsuzlukları geciktirir, insanın yaşam kalitesini artırır.

Bazı İpuçları:

YAŞLILIKTA GÖRÜLEN BAZI SAĞLIK SORUNLARI VE BESLENME İLİŞKİLERİ

SORUNLAR	NEDENLERİ
Zayıflık	Tek başına yaşama, iştahsızlık, tat ve koku alma, sindirim sistemi bozukluğu
Şişmanlık	Fazla kalori alımı, hareket azlığı
Hipertansiyon	Şişmanlık, sigara, fazla tuz alımı
Kalp-Damar Hastalıkları	Fazla ve doymuş yağ ve yağlı besin tüketimi, fazla şeker ve saflaştırılmış tahıl ürünlerinin tüketimi. Sebze ve meyvelerin az tüketimi. Sigara ve hareket azlığı.
Kas Kütlelerinde Azalma	Protein yetersizliği, hareket azlığı
Kemik-Mineral Kaybı (Osteoporoz) ve kırılmalar	Kalsiyum, fosfor, D vitamini eksikliği, hareket azlığı.
Katarakt riski	A, E, C vitaminleri yetersizliği
Hastalıklara karşı direnç azalması	Protein, vitamin ve mineral eksikliği
Zihinsel işlevlerde bozukluk	B grubu vitaminlerinin çoğu, vitamin E, folik asit eksikliği
Denge Bozukluğu	Vitamin B ₁₂ , B ₆ eksikliği.

BESİN GRUPLARI, BESLEYİCİ DEĞERLERİ VE GÜNLÜK TÜKETİM MİKTARLARI




BESİN GRUBU	BESLEYİCİ DEĞERİ	GÜNLÜK MİKTAR
--------------------	-------------------------	----------------------

1. SÜT VE ÜRÜNLERİ <ul style="list-style-type: none"> • □ · Yağsız süt-Yoğurt • □ · Yağsız Peynir ve Çökelek 	<p>Kalsiyum, Protein, B vitaminlerinden zengin. Yağ, doymuş yağ ve kolesterol çok az.</p>	<p>2 Su bardağı 1 kibrit kutusu kadar</p>
2. ET, TAVUK, BALIK, YUMURTA VE KURUBAKLAGİLLER <ul style="list-style-type: none"> • Kırmızı et • Beyaz et • Yumurta • Nohut, mercimek, kuru fasulye, soya fasulyesi vb. 	<p>Protein, B vitaminleri, demir, çinkodan zengin.</p> <p>Doymuş yağ, kolesterol çok. Doymuş yağ, kolesterol az. Yağ ve doymuş yağ az, kolesterol çok. Yağ, kolesterol yok, posalı maddeler içerir.</p>	<p>1 köfte kadar 3 köfte kadar ½ adet 1 porsiyon</p>
3. TAZE SEBZE VE MEYVELER	<p>C, A ve bazı B vitaminlerinden zengin, posa içerir. Yeşil yapraklılarda E vitamini var. Kolesterol yok.</p>	<p>2 porsiyon sebze, 3 porsiyon meyve</p>
4. TAHILLAR VE ÜRÜNLERİ <ul style="list-style-type: none"> • Kepekli ekmek • Kepekli un ve ürünleri • Bulgur, pirinç, makarna 	<p>Enerji kaynağıdır. B vitaminlerinden zengin.</p>	<p>2-4 dilim 1-2 porsiyon</p>

YAĞLAR VE TATLILAR

Saf besindirler, enerji kaynağıdır.

YAĞLAR

<ul style="list-style-type: none"> • Tereyağı 		<p>Doymuş yağ ve kolesterol çok. Günlük miktar: Hiç-5 gram</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Margarin 		<p>Doymuş yağdır. Kolesterol yok. Günlük miktar: Hiç-5 gram</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Zeytinyağı (n-9) 		<p>Tekli doymamış, kolesterol yok,</p>



	E vitamini vardır. Günlük miktar: 10 gram
• Bitkisel sıvı yağlar (n-6)	Çoklu doymamış, kolesterol yok. Günlük miktar: 10 gram
• Balık yağı (n-3)	Çoklu doymamış, A ve D vitamininden zengin. Günlük miktar: 2 gram



TATLILAR

(Şeker ve şekerli besinler)	Saf karbonhidratlardır, pekmezde demir, kalsiyum ve potasyum vardır.
-----------------------------	--

YAŞAM KALİTESİNİ ARTTIRMAK İÇİN DOĞRU BESLENME ÖNERİLERİ

- ☑ **Boya uygun beden ağırlığını koruyunuz. Şişmanlığı önlemek için (şeker, nişasta) yağlı ve saflaştırılmış karbonhidratlı besinleri dikkatli tüketiniz.**
- ☑ **İştahsız iseniz, tek başına yemek yemeyiniz.**
- ☑ **Hayvansal besinlerde görünmeyen yağ doymuş yağdır. Yemeklerinizde tereyağ ve katı margarinler yerine zeytinyağı ve bitkisel sıvı yağlar kullanınız.**
- ☑ **Saflaştırılmamış tahıl ürünleri, kurubaklagiller, sebze ve meyve tüketimini arttırınız.**
- ☑ **Besinlerin içinde doğal olarak tuz vardır. Tuz alımını azaltınız.**
- ☑ **Yağsız et, tavuk, balık yağı alınmış süt ürünlerini tercih ediniz.**
- ☑ **Kızartma yerine fırın, ızgara, buğulama, haşlama yöntemlerini tercih ediniz.**
- ☑ **Sebzeler, meyveler vitamin, mineral ve posadan zengindirler, bolca tüketilmelidir.**
- ☑ **Yağsız süt, yoğurt ve peynir iyi bir protein, kalsiyum ve B₂ vitamini kaynağıdır. Kemik ve kas dokusu için gereklidir. Yağsız tüketildiğinde kolesterol üzerindeki olumlu etkileri artar.**

- Öğün atlamayınız, sık aralıklarla azar azar besleniniz.**
- Yiyecekleri taze tüketiniz. Hazır besinlerin etiketlerinin, son kullanma tarihlerini okuyunuz.**
- Günde en az 2 litre su içmeye özen gösteriniz.**
- Yazın, güneşten faydalanmaya özen gösteriniz.**
- Yeterli ve dengeli beslenirken size uygun fiziksel aktiviteleri yapmaya gayret ediniz.**

Aşağıdaki soruları yanıtlayarak “Evet” puanlarınızı toplayınız ve beslenme puanınızı değerlendiriniz.

Beslenme Risk Değerlendirmesi

	P u a n l a r	Eve t		Hayı r	
		n	%	n	%
Hastalığım yeterince besin almamı engelliyor.	2				
Günde 2 öğünden az yemek yerim.	3				
Sebze ve meyve tüketimim azdır.	1				
Süt ve ürünlerini	1				

nadir tüketim.					
Yemek yeme mi zorlaştırır ağız ve diş problemleri m var.	2				
Yeterli beslenmemi sağlayacak ekonomik kaynağa sahip değilim.	4				
Neredeyse her gün 3 ya da daha fazla bira, likör ya da şarap tüketim.	2				
Çoğunlukla yalnız yerim.	1				
Günde 3 ya da daha fazla ilaç kullanı	1				

yorum					
Son 6 ay içerisinde isteğim dışında 2,5 kg ağırlık kaybettim.	2				
Yalnız alışveriş edemedim.	2				
Kendi başıma yemek pişiremiyor ve yiyemiyorum	2				

DEĞERLENDİRME

“Evet” puanlarınızı;

0-2 arasında ise:

Beslenme durumunuz iyi, her 6 ayda bir bu puanlamayı yapınız.

3-5 puan arasında ise:

Beslenme durumunuzda az da olsa sorunlar başlamış. Beslenme alışkanlıklarınızı ve sağlık kontrollerinizi “3 ayda bir” tekrarlayınız. Beslenme alışkanlıklarınızdaki olumsuzlukları, olumlu hale getirebilmek için bir diyetisyenle görüşünüz.

6'nın üzerinde ise:

Beslenmenizle ilgili ciddi sorunlarınız var. **Doktor** ve **Diyetisyen** ile görüşerek önlem almalısınız.

Bölüm 16

Kronik Hastalıklar ve beslenme

Prof.Dr.Neslişah Rakıcıoğlu

Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Teknolojisi Yüksek Okulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Öğretim Üyesi
Hacettepe Üniversitesi GEBAM Yönetim Kurulu Üyesi

Yaşlanma ile birlikte vücutta bazı fizyolojik değişiklikler oluşmaktadır. Bu değişiklikler kalp hastalığı, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların görülme riskini arttırmaktadır. Ancak sağlıklı bir beslenme biçimi ve yaşam tarzı ile bu fizyolojik değişikliklerin geciktirilebileceği unutulmamalıdır. Yaşlıda kronik hastalıkların varlığı besinsel kısıtlamalara ve işlevsel kapasitede azalmaya neden olur, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler.

Kronik hastalıklardan korunmada ve tedavide; değiştirebilir diyetel faktörlere dikkat edilmesi önem taşımaktadır. Yaşamın her döneminde yeterli ve dengeli beslenme ilkelerine uygun olarak beslenmeye özen gösterilmeli, çocukluk döneminden başlayarak sağlıklı beslenme davranışı kazanılmalıdır.

İdeal Ağırlığın Sürdürülmesi (Şişmanlık-Zayıflık)

Yaşlılarda “sağlıklı” olunan vücut ağırlığına sahip olunması ve bu ağırlığın korunması gereklidir. Eğer bir hastalık durumu söz konusu değilse yaşlanma ile birlikte vücut ağırlığında azalma oluşmaz. Ancak vücut bileşimi değişime uğrar. Yağsız vücut dokusu (kas dokusu) azalır, yağ dokusu artar. Vücut ağırlığında hafif bir artış gözlenebilmektedir.

Şişmanlık, harcanandan fazla enerji alınması sonucunda oluşmaktadır. Tüketilen besinler ile vücuda sağlanan enerjinin gereksinimden fazlası yağ olarak depolanmaktadır. Yaşlılarda fiziksel aktivitenin ve metaboliz hızın azalması en yaygın şişmanlık nedenleridir. Özellikle 50 yaş sonrası, kadınların erkeklere göre daha çok şişmanlama eğilimleri vardır.

Yaşlılarda şişmanlık;

- Kalp krizi, felç, hipertansiyon (yüksek tansiyon), tip 2 diyabet (şeker hastalığı), osteoartrit ve bazı kanser türleri için risk faktörüdür.
- Hareketliliği azaltır, düşme olaylarını takiben kırıkların oluşumuna neden olabilmektedir.

- Solunum kapasitesindeki azalma daha kötüye gitmesine neden olur.
- Ter ve deri sekresyonlarının artması sonucu mantar ve bakteriyel deri enfeksiyonları riskini arttırmaktadır.

Yaşlılarda şişmanlığın saptanması en basit şekilde vücut ağırlığı ve bel çevresinin ölçümü ile yapılabilmektedir. Hafif şişman ve şişman olma sınırları her yaşlı için bireysel olarak değerlendirilmeli ve iyi tanımlanmalıdır. Bel çevresi ölçümü, karın bölgesi yağ dağılımını saptamada kullanılmaktadır. Yaşlılarda bel çevresinin ölçülmesi kolaydır. Bel çevresinin erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm'in üzerinde olması aşırı yağlanmanın göstergesidir. Kan basıncı, açlık kan şekeri ve kan yağlarının incelenmesi şişmanlığın saptanmasında kullanılan destekleyici verilerdir.

Yaşlılar için ağırlık kaybı programları hazırlanırken; diyetle tüketilen yağ ve şeker miktarı kontrol edilerek enerji alımında kısıtlamanın yanında esansiyel besin öğelerinin (protein, vitaminler, mineraller ve su) yeterli miktarda tüketilmesi önem taşımaktadır. Posadan zengin besinlerin tüketiminin artırılması, yararlı bir yaklaşımdır. Beslenme planlanırken yaşlanmaya bağlı oluşan fizyolojik değişikliklere (çiğneme ve yutma güçlüklerine, tat ve koku almadaki değişiklikler vb.) dikkat edilmelidir.

Şişman yaşlılarda ağırlık kaybı sağlandığında ve egzersiz uygulaması ile;

- Plazma kolesterol ve trigliserit düzeyleri azalır.
- Hipertansiyonun kontrolü sağlanır.
- Akciğer fonksiyonu iyileştirebilir. Solunum fonksiyonu düzeltilir.
- Osteoartriti olan hastalarda fonksiyonel durumun iyileşmesine katkıda bulunulur. Ağrının iyileşmesi sağlanabilir.
- Yaşlanmaya bağlı gelişen glikoz intoleransında, glikoz düzeyinin kontrolü sağlanabilmektedir.

Yaşlılarda şişmanlık kadar zayıflık da önemli bir sorundur. Birçok hastalığın oluşumu sonucunda sağlığın ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olur. Yaşlıda zayıflık (ideal vücut ağırlığının altında olunması);

- Enfeksiyon hastalıklarında artışa neden olur
- Kas kaybını arttırır

- Düşme ve buna bağlı kırık riskinde artışa neden olur
- Kemik mineral yoğunluğunu azalır
- Bilişsel fonksiyonda azalmaya neden olur
- Anemi (kansızlık) gelişebilir
- Hastalıklara bağlı olarak ölüm riskinde artışa neden olmaktadır.

Yaşlılarda ideal ağırlığın sürdürülmesinde ağırlık kaybı ve kazanımına dikkat edilmelidir. Bu değişikliklerin zamanında fark edilebilmesi için, rutin aralıklarla vücut ağırlığı izlenmelidir. Ağırlık ölçümü sabah aç karnına aynı saatlerde ve iç çamaşırlar ile yapılmalıdır. Son altı aylık zaman diliminde 4.5-5 kg istem dışı ağırlık kaybı veya kazanımı kötü beslenmenin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir ve nedenleri araştırılmalıdır. Şişmanlık sorunu ve istem dışı ağırlık kaybı olan yaşlıların mutlaka bir sağlık kuruluşuna başvurmaları gerekmektedir.

İdeal ağırlığa ulaşmada, kazanılan ağırlığın tamamının yağ dokusu olmaması için fiziksel aktivite artırılmalıdır. Şişmanlık durumunda ise diyet uygulamasının yanında fiziksel aktivite de artırılarak kas kütlesi kaybı önlenmelidir.

Diyabet (Şeker hastalığı)

Yaşlanma ile glikozun (kan şekeri) vücutta kullanımındaki bozulma sonucunda diyabet gelişebilmektedir. Yaşlılarda toplam vücut yağ miktarı ve dağılımı (yağın karın bölgesinde birikmesi) diyabetin gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle şişman yaşlılarda, pankreastan salgılanan insülin hormonunun kan şekeri düzeyini kontrol etmesinde yetersizlik oluşmaktadır. Diyabet hastalığının en önemli özelliği ise; eğer yüksek kan şekeri düzeyi düzenlenemez ve uzun süre yüksek seyrederse beraberinde kalp-damar hastalıkları ve nörolojik hastalıkları oluşturmasıdır. Yine böbrek ve göz gibi organların fonksiyonları da bozulmaktadır.

Korunmada;

- İdeal vücut ağırlığının sürdürülmesi,
- Öğün atlanılmaması,
- Diyetin toplam yağ ve kolesterol içeriğinin azaltılması,
- Basit şekerlerin (bal, reçel, çay şekeri vb.) yerine kompleks karbonhidratların (ekmek, makarna, pirinç vb) tercih edilmesi,

- Posa tüketiminin arttırılması,
- Fiziksel yönden aktif olunması önem aşımaktadır.

Kalp-damar hastalıkları

Kalp-damar hastalıkları; yaşlı nüfusta sıklıkla görülmekte ve ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Kalp krizi, felçler, yüksek kan asıncı, kan dolaşımı bozuklukları, ritim bozuklukları vb. hastalıklar bu kapsamda değerlendirilmektedir. Genetik yatkınlık bir risk faktörü olmakla birlikte diğer önemli risk faktörleri;

- Sigara kullanımı
- Kan basıncının yüksek olması (140/90 mmHg'nin üzeri)
- Kan yağlarının yüksek olması-toplam kolesterol ve düşük dansiteli lipoprotein kolesterol (kötü kolesterol) düzeyinin yüksek olması, yüksek dansiteli lipoprotein kolesterolünün (iyi kolesterol) düşük olması
- Fiziksel aktivite yetersizliği
- Şişmanlık
- Şeker hastalığının olması
- Alkol tüketimi
- Yanlış beslenme alışkanlıklarıdır.

Besin seçiminde ve yaşam tarzında yapılacak değişiklikler ile kalp-damar hastalıkları riskinin azaltılabilmesi mümkündür.

Korunmada;

- İdeal vücut ağırlığı sürdürülmelidir.
- Yağ tüketimi azaltılmalıdır. Doymuş yağların yerine (tereyağ, kuyruk yağı vb.) doymamış olanlar (zeytinyağı, ayçiçek yağı, soyayağı vb.) tercih edilmelidir.
- Trans yağ asitlerinin kaynağı olan margarin ve margarin içeren besinlerin (kek, kraker vb.) tüketimi sınırlandırılmalıdır.
- Çoklu doymamış yağ asitlerinden olan omega-3 yağ asitlerinden zengin, balığın haftada en az 2-3 kez tüketilmesi sağlanmalıdır.

- Diyetin kolesterol miktarı azaltılmalıdır. Kolesterol bitkisel kaynaklı besinlerde bulunmaz. Hayvansal kaynaklı besinlerin tüketimi kolesterol miktarını artırır. Bu nedenle bu besinler gereksinme duyulan miktarlarda tüketilmelidir. Karaciğer, böbrek gibi sakatların tüketiminden sakınılmalıdır.
- Şeker ve yağlı-şekerli besinlerin tüketimi azaltılmalıdır.
- Sebze ve meyvelerin tüketimi artırılmalıdır. Bu besinlerin yağ içerikleri düşük, su içerikleri yüksek olduğundan enerji içerikleri düşüktür.
- Posa tüketimi artırılmalıdır. Beslenmemizde posanın zengin kaynakları kurubaklagiller, kepekli tahıllar ve sebze-meyvelerdir.
- Tuz tüketimi azaltılmalıdır. Sofrada yemeğe tuz serpmeye alışkanlığından vazgeçilmelidir.
- Fiziksel aktivite artırılmalıdır.
- Sigara ve alkol içilmemelidir.
- Stresten mümkün olduğunca uzak durulmalıdır.

Osteoporoz

Osteoporoz, kemiklerden kalsiyum kaybının artması sonucunda kırık riskinin arttığı bir hastalıktır. Tüm iskeleti etkilemekle birlikte kırıklar genellikle bilek, omurga ve kalça kemiğinde oluşmaktadır. Özellikle menopoz sonrası kadınlarda görülen en yaygın sağlık sorunudur. Hastalığın oluşumu; östrojen düzeyi ile ilişkili olmakla birlikte diyetel faktörler ve yaşamsal alışkanlıklarla da güçlü olarak ilişkili bulunmuştur.

Osteoporoz için risk faktörleri;

- Menopoz sonrası dönemde olmak, erken menapoza girmek (45 yaş öncesi) veya düzensiz adet görmek
- Düşük kemik mineral yoğunluğuna sahip olmak (kadınlarda kemik yoğunluğu, erkeklerden daha azdır)
- Erkeklerde düşük testosteron düzeyine sahip olmak
- Küçük ve ince iskelet yapısına sahip olmak
- Vücut ağırlığının idealin altında olması
- Ailede osteoporozu olan bireylerin bulunması

- □ Özellikle süt ve süt ürünleri gibi kalsiyumdan zengin besinlerin yeterli tüketilmemesi
- □ D vitamini yetersizliği (diyetle yetersiz oluşu ve güneş ışınlarından yeterince yararlanamamak)
- □ Çocukluk çağından itibaren fiziksel aktivitenin yetersiz olması ve düzenli egzersiz yapmamak
- □ Kadınlarda yeme davranış bozukluğunun (anoreksiya nervoza, bulimia vb) olması
- □ Kemik mineral yoğunluğunu azaltan bazı ilaçların kullanılması (glikokortikoid, antikonvülsan, antikoagülan, antiasitler gibi)
- □ Alkol ve sigara içilmesi

Osteoporozun önlenmesi

Osteoporozu önlemede en önemli iki faktörden biri güçlü bir kemik oluşumunu sağlamak, diğeri ise kemik kaybını önlemektir. Eğer başlangıçta kemikler güçlü ise kayıp başladığında daha az sorun yaşanır. Yaşam boyunca kemik hücreleri sürekli olarak yapılır ve yıkılır. Yapım ve yıkım yaşa ve bireyin fizyolojik durumuna göre değişir. Büyümenin hızlı olduğu çocuk ve adolesanlarda kemik oluşumu, kaybindan fazladır. Kadınlarda menapozdan sonra kemik kayıp hızı önemli ölçüde artar. Gençlik yıllarında kemik mineral yoğunluğunu en üst düzeye ulaştırmak ileriki yaşlarda kaçınılmaz olan kemik kaybını en aza indirir.

Sahip olduğumuz genetik özellikleri değiştiremeyiz ancak, osteoporozu önlemek veya yavaşlatmak için sağlıklı beslenme ve yaşam kriterlerini tercih edebiliriz.

- □ Dört besin grubundaki besinler ("**süt ve süt ürünleri**"; "**et-yumurta-kuru baklagiller**" "**taze sebze ve meyveler**"; "**ekmek ve tahıl grubu**") birlikte aynı öğünde gereksinmeye uygun miktarlarda besin çeşitliliği sağlanarak tüketilmelidir. Böylece kemik mineralizasyonu için gerekli besin öğelerinin (kalsiyum, çinko, potasyum, magnezyum vb.) tüketimi sağlanmış olacaktır.

Etler, peynir, deniz ürünleri, süt, yumurta, yağlı tohumlar (fındık, fıstık, ceviz vb), bulgur, kuru baklagiller, mantar çinkodan zengindir. Yeşil yapraklı sebzeler, kuru baklagiller ve balık K vitamininden zengin besinlerdir. İyi bir potasyum ve magnezyum kaynağı olan

sebze ve meyvelerin tüketiminin kemik mineral yoğunluğunu koruyucu etkisi vardır. Kuru baklagillerden özellikle soyada bulunan östrojen benzeri maddelerin, osteoporozla karşı koruyucu etkileri vardır. Badem, fındık, fıstık gibi sert kabuklu meyveler, kuru baklagiller yeşil yapraklı sebzeler ve tahıllar magnezyumun zengin kaynaklarıdır. Ancak fındık, fıstık, ceviz gibi besinlerin yağ miktarının yüksek olduğu, önerilen miktarlarda tüketilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

- Kalsiyum ve D vitamini tüketimi artırılmalıdır. Kalsiyumun yeterli alınması sadece kemik sağlığı için değil, vücuttaki diğer bazı fonksiyonların (kas hareketleri, kalp atımı, normal kan pıhtılaşması gibi) yerine getirilmesi açısından da önem taşır.
- Protein yeterli tüketilmelidir. İdrarla kalsiyum kaybını önlemek için yüksek miktarda hayvansal kaynaklı protein tüketilmesinden kaçınılmalıdır.
- Aşırı tuz ve şeker tüketilmemelidir.
- Aşırı kafein tüketiminden sakınılmalıdır. Çay, kahve ve kolalı içeceklerin kafein içeriği yüksektir. Bunların yerine süt, ayran, taze meyve suları gibi kafein içermeyen, besin ögesi içeriği yüksek içecekler tercih edilmelidir.
- Doymuş yağ tüketimi azaltılmalıdır.
- Balık içermiş olduğu doymamış ve elzem yağ asitleri sayesinde, kemik sağlığını geliştirir. Haftada en az 2-3 kez balık tüketilmelidir.
- Alkol ve sigara içilmemelidir.
- Aşırı enerji kısıtlamasından, ağırlık kaybından kaçınılmalıdır. İdeal vücut ağırlığı sürdürülmelidir.
- Düzenli fiziksel aktivitede bulunulmalıdır.

Kanser

Yaş ilerledikçe kanser görülme oranı artış göstermektedir. Yaşlılarda meme, kolon, prostat, rektum ve over kanserlerine daha sık rastlanabilmektedir. Kanser oluşumunda genetik yatkınlık önemli olmakla birlikte, en önemli risk faktörleri;

- Beslenmemizde toplam yağın fazla tüketilmesi
- Yanmış ve dumanlanmış besinlerin tüketilmesi
- Aşırı tuzlu besinlerin tüketilmesi

- Doğal kontaminantlar (küflü besinlerin tüketilmesi vb.), pestisit ve yapay kimyasallara maruz kalması
- Alkol ve sigara içilmesidir.

Diyetsel önerilerin yaşlı bireylerde kanser riskini azaltmada etkili olduğu bilinmektedir.

Bunun için;

- İdeal vücut ağırlığı sürdürülmeli, şişmanlıktan korunulmalıdır.
- Besin çeşitliliği sağlanarak tüm besin öğelerinin vücuda yeterli alınması sağlanmalıdır. Antioksidan vitaminlerin kaynağı olan sebze ve meyvelerin tüketimi artırılmalıdır. Günlük tüketim 400 gramın üzerinde olmalıdır. Sebze ve meyvelerin bileşiminde bulunan besin ögesi olmayan bazı öğelerin de (fitokimyasallar) bazı kanser türlerinin oluşum riskindeki azalma ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Beta karoten; akciğer, meme, ağız mukozası, safra kesesi, yemek borusu kanserlerinin riskini azaltır. C vitamini; yemek borusu, mide, servikal, meme ve akciğer kanserlerine karşı koruyucudur. E vitamini yetersizliği; kanser riskindeki artma ile ilişkili bulunmuştur. Kalsiyum ve selenyumun da kanser oluşumuna karşı koruyucu olduğu bilinmektedir.

- □ Yağ tüketimi azaltılmalıdır. Bunun için; et yemeklerine ekstra yağ eklenmemeli, yağı azaltılmış besinler tercih edilmeli, yemekler hazırlanırken yağda kızartma, kavurma yerine ızgara, fırında pişirme ve haşlama yöntemleri uygulanmalıdır. Özellikle hayvansal kaynaklı yağ (doymuş yağ) tüketimi azaltılmalıdır.
- Rafine edilmemiş, posadan zengin besinler tüketilmelidir. Bunu sağlamada ekmeğin kepekli olanı tercih edilmeli, kurubaklagil yemekleri haftada 2-3 kez tüketilmelidir.
- Alkol ve sigara içilmemelidir.

Bölüm 17

Yaşlının kişisel bakımı

Prof.Dr.Fethiye Erdil *, Doç.Dr. Sevilay Şenol Çelik**

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı, Hacettepe Üniversitesi GEBAM Yönetim Kurulu Üyesi

**Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

“Her Yaşlı Kendisinin Doktorudur”

KİŞİSEL BAKIMINIZ-TEMİZLİĞİNİZ

- Derinizi günde iki kez baştan- ayağa kadar leke, kızarıklık , döküntü, yarık ya da sıyrık açısından gözleyerek ve dokunarak değerlendiriniz.
- Derinizin rengini, ısısını ve esnekliğini kontrol ediniz.
- Vücudunuzun yatağa temas eden bölgelerinde sivilce, sıvı dolu kesecik, döküntü, şişlik ve ezilmeler gibi doku hasarına işaret eden bulguların olup olmadığını kontrol ediniz.
- Derinizde 30 dakikadan uzun süreli renk değişikliği gözlerseniz, deri normal rengine dönünceye kadar bu bölge üzerine yatmayınız.
- Yatağa bağımlı iseniz, 24 saat içinde 2 saatte bir sağ yan, sırt üstü ve sol yan olacak şekilde döndürülmenizi sağlayınız.
- Tekerlekli sandalye kullanıyorsanız kendinize saatte bir pozisyon verilmesini sağlayınız.
- Derinizin yumuşaklığını ve esnekliğini sağlayabilmek için alerjik olmayan nemlendirici kremler kullanınız.
- Derinizi uzun süre güneş ışınlarına maruz bırakmayınız. Yaz aylarında koruma faktörü yüksek gün örtüsü içeren uygun nemlendirici kremler kullanınız.
- Banyonuzu yapmadan önce kullanacağınız suyun sıcaklığını ayarlayınız.
- Banyo yaparken hava akımında kalmamaya, kapı ve pencerelerin kapalı olmasına dikkat ediniz.
- Haftada bir kez duş şeklinde ılık banyoları tercih ediniz ve banyodan sonra derinize nemlendirici krem sürünüz.
- Banyodan sonra kurulanırken derinizi sürtmeden yumuşak havlu ile kurulayınız ve özellikle kasıklarınızın, koltuk altlarınızın ve parmak aralarınızın ıslak kalmamasına dikkat ediniz.

- Vücut kokusunun giderilmesinde en iyi yöntem temizliktir. Eğer ter kokusunu giderici ürünler (Deodorant vb.) kullanıyorsanız; deri temizliğinizi yaptıktan sonra kullanınız. Cildinizde tahriş olmuş bir alan varsa ya da tüy temizliğini yaptıktan sonra bu ürünleri kullanmayınız.
- Kafa derinizi kepek, kaşıntı ve diğer değişiklikler açısından gözlemleyiniz.
- Saçlarınızı her gün tarayıp fırçalayınız ve fırçalarken kafa derinizden saçlarınızın ucuna doğru yumuşak hareketler yapmaya dikkat ediniz.
- Kullanacağınız tarağın dişlerinin keskin, düzensiz ve aralıklarının çok sık olmamasına dikkat ediniz.
- Saçınızın özelliğine uygun şampuan ya da sabun seçiniz.
- Banyo yaptıktan sonra yumuşak bir havluyla saçlarınızı ve kafa derinizi iyice kurulayınız.
- Göz temizliğinizi ılık ve duru suyla, göz pınarınızın içinden dışına doğru yapınız.
- Kulaklarınızı banyo sırasında temizleyiniz. Kulağınıza pamuklu çubuk veya kürdan gibi cisimler sokarak temizlemeyiniz. Parmağınıza doladığınız bir bezle kulağınızın görünen kısmını temizleyiniz.
- Burun temizliğinizi yumuşak bir mendille yapınız.
- Dişlerinizin, diş etlerinizin, dudaklarınızın, dilinizin ve damağınızın rengini, nemliliğini, bütünlüğünü, yara, çatlak, eksik ve çürük diş olup olmadığını gözlemleyiniz. Bir sorun varsa sağlık kuruluşuna başvurunuz.
- Dişlerinizi fırçalayınız.
- Takma dişinizi çıkardıktan sonra diş fırçasınız ve macununuzla yukarıdan aşağı olacak şekilde takma dişinizi fırçalayıp soğuk su ile yıkayınız.
- Ağız, dil ve dudaklarınızın temizliği için diş macunu kullanınız.
- Dudaklarınıza nemlendirici sürünüz.

Diş ve protezlerinizin bakımı için “AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI” bölümüne bakınız.

- Tuvalete girmeden önce ve sonra ellerinizi yıkayınız.
- Taharetlenirken önce idrar yaptığınız daha sonra büyük abdestinizi yaptığınız bölgeyi temizleyiniz ve renksiz tuvalet kağıdı ile kurulayınız.

- Mahremiyet bölgenizin tüy temizliğini yaparken jilet gibi kesici alet kullanmayınız (Tüy dökücü krem kullanabilirsiniz).
- İç çamaşırlarınızı sık değiştiriniz ve çamaşırlarınızın pamuklu olmasına dikkat ediniz.
- Ayaklarınızı, parmak aralarınızı çatlaklar, pul pul döküntüler, kaşıntı ve kabarcıklar yönünde gözlemleyiniz ve bunlardan biri görülürse sağlık kuruluşuna başvurunuz.
- Ayaklarınızı her gün düzenli olarak sabunlu ılık su ile yıkayınız ve sıkı olmayan, hava geçiren, teri emen çorap kullanınız.
- Çıplak ayakla dolaşmayınız.
- Ayakta nasır oluşmasını önlemek için yumuşatıcı kremler kullanabilirsiniz.
- Nasırlarınızı yumuşak kremlerle yumuşatınız.
- Ayaklarınızda bulunan nasırlarınızı bıçak, makas gibi kesici aletlerle kesmeyiniz.
- Tırnaklarınızı kesmeden önce ılık su ile yumuşatarak aydınlık ortamda el tırnaklarınızı yuvarlak, ayak tırnaklarınızı düz olacak şekilde kesiniz.
- Tırnak cilasını , ojeyi ve oje çıkarıcılarını mümkün olduğunca kullanmayınız.

KALBİNİZ

- Sıcak ya da soğuk, aşırı ısı değişikliklerinden korununuz.
- Beden ısısının normal sınırlarda olması için sıcak ve soğuk havalara uygun giysiler giyiniz. Soğukta tek kalın yerine bir-iki kat daha ince giysi tercih ediniz ve gerektiğinde bir katını çıkarınız.
- Yemekleri sık aralarla, küçük öğünler şeklinde yiyiniz.
- Aktiviteler arasında sık sık dinleniniz.
- Kan basıncının, beden ısısının ve nabzın nasıl ölçüleceğini öğreniniz ve belli aralarla kan basıncı ölçümünü planlayınız.

SOLUNUMUNUZ

- Sigara içilen ortamda bulunmayınız.
- Odanızı sık sık havalandırınız.
- Otururken ya da yatarken rahat nefes alabileceğiniz pozisyonu seçiniz.
- Solunumla ilgili herhangi bir sıkıntınız olduğunda sağlık kuruluşuna başvurunuz.

- □ Solunum yollarının temizlenmesi için öksürük ve derin solunum egzersizlerini öğreniniz.

BESLENMENİZ

- □ Diş kayıplarınız ve diş eti hastalıklarınız varsa tedavi ettiriniz.
- □ Beden ağırlığınızın normal sınırlarda olması için günlük enerji ihtiyacını karşılayacak temel besin gruplarını içerecek bir beslenme planı yaptırınız.
- □ Yemekten önce ve sonra ellerinizi yıkayınız ve ağız bakımınızı yapınız.
- □ Yiyeceklerinizi hazırlamada ve yemede güçlük çekiyorsanız, yardım alınınız.
- □ Yanıkları önlemek için yiyecek ve içeceklerinizin ısını kontrol ediniz.
- □ Görme probleminiz varsa yiyeceklerinizi tepsinin ya da masanın belirli bölgelerine yerleştiriniz.
- □ Diyetiniz (tuzsuz, yağsız vb) varsa uyunuz.
- □ Öğünlerinizi zamanında ve düzenli olarak alınınız.
- □ Yemek yediğiniz çevrenin temiz ve güvenilir olmasına dikkat ediniz.
- □ Evinizde sizi rahatsız edici bir işlem (enjeksiyon , pansuman vb) yapılacak ise yemekten hemen önce ve sonra yaptırınız.
- □ Aldığınız besinlerin kolay sindirilebilmesi için iyice çiğneyiniz.
- □ Az ve sık besleniniz.
- □ Yemeğinizi yerken sizin için en uygun pozisyonu seçiniz.
- □ Günlük aldığınız sıvı ve çıkardığınız idrar miktarını izleyiniz.
- □ Düzenli aralıklarla (sabah aç karnına aynı giysilerle) kilo takibinizi yapınız.
- □ Ağız kuruluğunuzu azaltmak için; kafein, alkol, sigara kullanmayınız, acılı, tuzlu, fazla asitli yiyeceklerden sakınınız, yutma güçlüğünüz yoksa şekersiz sakız çiğneyebilirsiniz, dudaklarınıza nemlendirici sürünüz ve sık sık su yudumlayınız.
- □ **Bulduğunuz ortama yanlışlıkla alıp yiyebileceğiniz sıvı veya ilaç gibi maddeleri bırakmayınız.**

BOŞALTIMINIZ

- □ Kabızlığın önlenmesi için; lifli besinler yiyiniz, yeterli sıvı alınınız (sıvı alımını kısıtlayacak bir durum yoksa günde 6-8 bardak su), yürüyüş ve karın adalelerini güçlendirici egzersiz yapınız.
- □ Sürekli barsak yumuşatıcı ilaç kullanmayınız.
- □ İdrar ve gaita tutamama sorunuz varsa nedenin araştırılması için sağlık kuruluşuna başvurunuz.

- İdrar yapmayı kontrol eden adaleleri güçlendirme egzersizlerini öğreniniz.
- İdrar torbası (mesane) eğitimini yapınız. Bunun için; önce 30 dakikada bir idrar yapınız, giderek idrar yapma aralığını 2-3 saate kadar çıkararak idrar yapma sıklığını azaltınız.
- İdrar kaçırma korkusu nedeniyle az sıvı almanın sağlıklı olmadığını biliniz.
- İdrar ve gaita tutamama sorunuz varsa idrar ve dışkılama ihtiyacınızı karşıladıktan sonra bu alanı zaman geçirmeden temizleyiniz/temizlettiriniz.
- İdrar ve gaita kaçırma sorunuz nedeniyle emici pedler kullanıyorsanız, emici pedler ıslaklığı ilettiği için onları sık değiştiriniz/değiştirtiniz.
- İdrar söktürücü ilaçları sabah saatlerinde almaya dikkat ediniz.

CİNSEL SAĞLIĞINIZ

- Cinsel yaşamın ömür boyu sürmesinin normal olduğunu ve cinsel yaşamdan zevk alabileceğinizi biliniz.
- Cinsel birleşmede rahatsızlığı azaltmak için özel yağlar kullanabilir ve farklı pozisyonlar uygulayabilirsiniz.
- Cinsel yaşama yönelik sorunları çözümlenmede sağlık kuruluşuna başvurunuz.

HAREKETİNİZ VE DİNLENMENİZ

- Bahçe, ev ve el işleri, yürüyüş, boyama yapma, yemek yapma ve hazırlama, kitap okuma, örgü örme ve çocuk bakma gibi aktivitelere katılınız.
- Haftada en az üç gün 20-30 dakika süre ile yürüyüş ve egzersiz yapınız.
- Düzenli aralıklarla yaşlıların bir araya geldiği programlara katılınız.
- Belirli zamanlarınızı dinlenmeye ayırınız.
- Gündüz dinlenme saatlerinde uyumak, gece uykusuzluğa yol açacağından dinlenme zamanınızı oturarak ve kendinizi yormayacak işler yaparak geçirebilirsiniz.
- Sadece uyumak (ya da seks) için yatağınızı kullanınız.
- Her gün uyanık kalma ve yatma zamanınızın aynı olmasına dikkat ediniz.
- Uyuyacağınız çevrenin serin ve sessiz olmasına dikkat ediniz.
- Yatağa yattıktan 15- 20 dakika sonra uyuyamadıysanız, uykuya dalana kadar başka odaya gidiniz ya da kitap okuyunuz.
- Uyanıkken, odanıza güneş ışıklarının girmesini sağlayınız, ancak uyku zamanında bu ışıklardan sakınınız.

- Uykusuzluğa neden olmaması için; öğlen saat 12'den sonra kafein ya da nikotin almayınız, fazla miktarda alkol içmeyiniz, yatmadan 3-4 saat önce çok yemek yemeyiniz ve ağır egzersizler yapmayınız.

İLAÇ KULLANIMINIZ- SAĞLIK KONTROLÜNÜZ

- Kullandığınız ilaçları düzenli aralıklarla ve size önerilen dozda alınız.
- İlacınızı almayı unutuyorsanız ilaç alma saatlerinizi ve dozunu evde-işyerinde panoya yazma, saat zili kurma, renkli boncuklarla ayırma ve takvime işaretleme gibi yöntemlerle hatırlayabilirsiniz.
- Kullandığınız ilacın alınış nedenini, yan etkilerinin belirtilerini, diğer ilaçlarla ve besinlerle etkileşimini öğreniniz.
- İlacın yanlışlıkla alınımın önlenmesi için yataktan uzakta, güvenli bir yerde bulundurunuz.
- İlaçların kullanım talimatını siyah mürekkep ve büyük harfle yazdırınız.
- Reçetenizde olmayan ve başkalarının önerdiği ilaçları kullanmayınız.
- Şeker hastalığı nedeniyle insülin uygulanması gerekiyorsa, özel ölçüm cihazıyla kan şekerinin nasıl ölçüleceğini ve insülin enjeksiyonunun nasıl yapılacağını öğreniniz.
- Sağlık kuruluşuna başvurulmasını gerektiren durumların neler olduğunu öğreniniz.
- Sağlık kontrolleriniz için yılda bir kez sağlık kuruluşuna başvurunuz.
- Kronik hastalığınız varsa (yüksek tansiyon, şeker hastalığı, kalp, böbrek hastalığı vb) önerilen sürelerde sağlık kuruluşuna başvurunuz.
- Her ay düzenli olarak kendi kendinize erkek iseniz testis, kadın iseniz meme muayenenizi yapınız.
- Belirli hastalıklara karşı aşılarınızı yaptırınız (hepatit, grip vb).

GÜVENLİ ÇEVRENİZ

- Elektrik düğmelerinin oda girişinde olmasını sağlayınız.
- Koridorların başlangıç ve sonunda lambaların açılıp kapatılmasına olanak veren mekanizmalar oluşturunuz.
- Odalar ve holü aydınlatınız.
- 100-200 voltluk ampuller kullanınız.
- Gece lambası kullanınız.

- Kabloları yürüme alanınızın dışına yerleştiriniz.
- Uzatma kabloları kullanmayınız. Uzatma kablosu kullanılacak ise, zemin yerine duvara monte ettiriniz.
- Olası arızaları önceden fark etmek ve karanlıkta kalmamak için elektrik tesisatını sık sık kontrol ettiriniz.
- Elektrik fiş ve prizlerinin gece kolayca görünebilir, ışıklı olmasını sağlayınız ve elektrik düğmelerini kolayca açıp kapatabilmek için düğmelerin tahterevalli biçiminde olmasını sağlayınız.
- Eşyaları yürüme alanına koymayınız.
- Kaygan zemine kaymayan halı ya da kilim koyunuz.
- Kayan kilim ya da halılar değiştirilemiyorsa, bunların altına kaymayı önleyen bantlardan koyunuz ya da astar eklettiriniz.
- Yıpranmış halıları yenileyiniz ya da tamir ettiriniz.
- Halıların ve kilimlerin kalkık, kıvrılan ve düğümlü kenarlarını düzeltiriniz.
- Odalar arasındaki eşikleri kaldırtınız.
- Islak zemine ve küvet içine kaymaz örtü koyunuz.
- Islak zeminde kaymayacak terlikler giyiniz.
- Tuvalet ve banyoya tutunacak yerler yaptırınız, tutunacak yerler varsa bunların sağlamlığını ve uygunluğunu kontrol ettiriniz.
- Duş alırken oturmak için sandalye ve banyo küvetine girmek için merdiven koyunuz.
- Sabun ve şampuan gibi malzemeleri rahat ulaşılabilen yerlere koyunuz.
- Kapı camlarını güvenlik açısından kontrol ettiriniz.
- Tuvalet ve banyo evin dışında ise içeriye alınmasını sağlayınız.
- Klozeti normal yüksekliğe getirtiniz.
- Merdivenlere tırabzan monte ettiriniz, tırabzan varsa uygunluk açısından kontrol ettiriniz.
- Merdivendeki halının çok iyi tutturulmasını sağlayınız.
- Basamaklardaki yıpranmış halıları tamir ettiriniz veya değiştiriniz.
- Merdivenlerde görüşü sağlamak için merdivenin baş ve son kısmına fosforlu ve kaymayı önleyici bantlar koydurunuz.
- Merdivenin baş ve son kısmına aydınlatmak için elektrik düğmesi koydurunuz.
- Merdivende bulunan gazete, terlik vs kaldırınız.
- Rafları uygun yüksekliğe koydurunuz.

- Muslukları ulaşılabilecek bir yere monte ettiriniz.
- Bozuk muslukları tamir ettiriniz.
- Mutfakta masayı ve sandalyeyi belirli bir yere monte ettiriniz.
- Raflara ulaşmak için sandalye, tabure ve merdiven kullanmayınız.
- Çok kullanılan eşyaları bel seviyesinde bulundurunuz.
- Sandalyenin kolay oturulup- kalkılabilecek bir yükseklikte olmasını sağlayınız.
- Sandalyelerin arkalığının ve kollarının olmasını sağlayınız.
- Sandalyenin oturma yeri alçak ise, yükseltmek için minder koyunuz.
- Uygun büyüklükte ve yükseklikte yatak alınız.
- Elektrik düğmesini yatak içindeyken ulaşılabilecek bir yere koydurunuz.
- Telefonu yatağa yakın bir yere koyunuz.
- Kablosuz telefon kullanınız ve telefonun üzerindeki rakamların okunabilecek büyüklükte olmasını sağlayınız.
- Saat, takvim, telefon numaralarının büyük ve koyu renk (yaşlılar en iyi siyah rengi görürler) olmasına dikkat ediniz.
- Acil telefon numaralarını büyük harflerle yazılarak telefonun yanına koyunuz.

Bölüm 18

Yaşlının evde bakımı

Prof.Dr.Fethiye Erdil*, Doç.Dr. Sevilay şenol Çelik**

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı, Hacettepe Üniversitesi GEBAM Yönetim Kurulu Üyesi

**Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Küreselleşme, bilim ve teknolojinin gelişmesi, anne, bebek ve çocuk ölümlerinin azalması, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının kazanılması, eğitim düzeyinin yükselmesi, enfeksiyon hastalıklarının görülme sıklığının azalması ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılmasıyla bireylerin yaşam kalitesi artmaktadır. Bu durum doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasına ve toplumun yaşlanmasına yol açmaktadır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranlarına baktığımızda; sanayileşmiş ölkelerde 65 yaş ve üzerindeki grubun % 12-18, ölkemizde ise 2006 yılında % 5.7 olduğu görölmektedir.

Yaşlılık yaşam boyu devam eden bir süreç olup, bireylerde yapı ve fonksiyonel bozukluklara yol açmaktadır. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri grubun %90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde dört ve daha fazla kronik sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir. Fonksiyonel bozukluk ve kronik hastalıklar nedeniyle çeşitli yaşamsal aktivitelerdeki kısıtlılık ve kaybın sonucu yetersizlik yaşla birlikte giderek artmaktadır. Bu durum yaşlılarla ilgili sosyal, ekonomik, kültürel ve politik düzeylerde sorunlara neden olmaktadır. Yaşlılarla ilgili gelişen bu sorunların çözümlenmesi için yaşlı köyleri, yaşlı apartmanları, bakım evleri, huzurevleri gibi değişik yaklaşımlarla yaşlılara hizmet götürülmektedir. Bu kurumlardan ekonomik ve sosyal nedenlerle sınırlı sayıda yaşlı birey yararlanmaktadır. Akut ve kronik sorunları olan yaşlı bireyler kurum hizmeti aldıktan sonra, yaşadıkları ortamda sorunları ile baş başa bırakılmakta, yalnız yaşayanlar ise tamamen kendi kaderlerine terk edilmektedir. Bu durum yaşlı ve ailesine kendi buldukları ev ortamında koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte sunulmasını ve hizmetin sürekliliğini sağlayan evde bakım hizmetlerini gündeme getirmiştir. Evde bakım hizmetleri; 19. yüzyılda yaşlının evde hemşirelik bakımı olarak başlamıştır. Günümüzde de evde bakım hizmetlerinin büyük bir kısmı yaklaşık %70-80'i yaşlılar içindir.

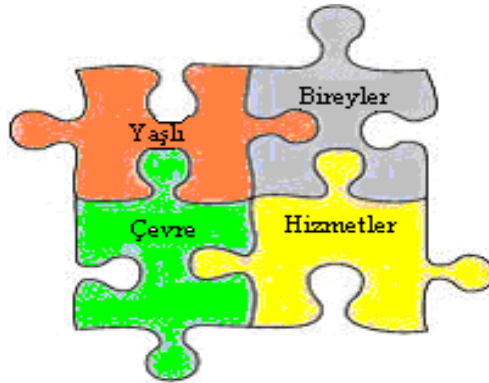
Evde bakım hizmetleri; birey ve ailesine yaşadığı ortamda farklı meslek üyelerinin işbirliği ve eşgüdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize bir şekilde sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetleri içerir. Yaşlının evde bakım hizmetinde hekim, hemşire, ev ekonomisti, eczacı, tıbbi sosyal çalışmacı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, konuşma ve mesleki terapist gibi farklı meslek üyeleri rol alır. Günümüzde her ne kadar pek çok disiplin yaşlının evde bakımına katılıyorsa da, 30 yıl öncesine kadar yaşlının evde bakımında birinci derecede hemşireler yer almıştır; hala evde bakım hemşirelik odaklıdır ve hemşireler bu hizmetin omurgasını oluşturur.

Yaşlı bireyin yaşadığı ortamda bireye verilecek bakımda temel hemşirelik uygulamaları diğer hastalardaki gibi olmakla birlikte, yaşlılık dönemine ait özellikler nedeniyle farklı bilgi, beceri ve deneyim gerektirmektedir. Bireyin yaşlanma süreci üzerine değişik faktörlerin etkisini, bu etkilerin bireyde nasıl sonuçlar ortaya çıkardığını belirlemek yaşlı kişilere bakım veren hemşirenin en önemli sorumluluklarından biridir. Hemşirenin yaşlı bireyin bakımındaki en önemli sorumluluğu; yaşlı bireyin ailesini, toplumu ve yaşadığı çevreyi dikkate alarak temel yaşam biçimini değiştirmeden uyumlu bir yaşam biçimini seçmesi için onu destekleme ve rehberlik etmedir.

Hemşirelerin; enjeksiyon uygulama, pansuman yapma ve ostomi bakımı gibi mesleki beceri gerektiren durumlarda doğrudan bakım verme, yaşlıyı ve bakım veren kişiyi eğitme, sağlık ekibi üyeleri tarafından planlanan tedavi ve bakımın kordinasyonunu sağlama ve danışmanlık yapma rolleri vardır. Hemşireler yaşlının evde bakımında, çalıştıkları diğer alanlarda olduğu gibi hemşirelik sürecini uygularlar. Bunun için hemşire yaşlının gereksinimlerini belirlemek için veri toplar, bakımı planlar, uygular ve değerlendirir.

Veri Toplama

Hemşire kapsamlı veri tabanı oluşturmak için; yaşlının evine yaptığı ilk ziyarette dört temel alanda bilgi toplar. Bunlar; yaşlının durumu, yaşlının yakınları ve bakımında yer alanlar, yaşlının ihtiyaç duyduğu hizmetler ve yaşadığı ortamdır. Yaşlının evde bakımında bu dört alanın uyumlu bir şekilde bütünleşmesini sağlamak önemlidir (Şekil 1). Hemşire yaşlının sağlık hikayesini, fonksiyonel durumunu, fiziksel kapasite ve sınırlılıklarını, beslenme gereksinimini ve yaşadığı çevreyi değerlendirir. Yaşlının ev ortamındaki emniyet ve güvenliğine ilişkin mevcut ve olası sorunlar belirlenir. Yapılan çalışmalarda yaşlının emniyet ve güvenliğini en fazla tehdit eden durumlar; düşmeler, yanmayla ilgili yaralanmalar, yaşlı istismarı ve yanlış tedavi, cinsel taciz, intihar, travmatik beyin yaralanmaları, araba kullanımı ile ilgili sorunlar ve dolandırılmadır. Hemşire ilk ev ziyaretinde yaptığı kapsamlı değerlendirmeye bakım planı için yol gösterici olacak ip uçlarını içeren bir rapor hazırlar.



Şekil 1 Yaşlının Değerlendirilmesinde Dört Temel Alan

Bakım Planı Yapma

Yaşlı için bakım planının hazırlanmasından ve uygulanmasından hemşireler sorumludur. Bakım planı yaşlının gereksinimleri doğrultusunda ve yaşlının katılımıyla hazırlanır. Yaşlının örf ve adetleri, dini inançları ve alışkanlıkları da dikkate alınmalıdır. Yaşlının eğitimi, bakım

planında önemli yer tutar. Yapılacak eğitimle yaşlıya kendi bakımı ve bağımsızlığı için gerekli bilgi ve becerileri kazandırılır.

Bakım Planını Uygulama

Hemşire planlanan bakımın uygulanmasında yaşlının kendi bakımındaki yeterliliğine; yaşlıya verilecek hizmetin iyi bir şekilde koordine edilmesine; açık iletişimin sürdürülmesine; planın uygulanmasında esnek olunmasına; verilen bakımın ve sonuçlarının uygun dökümünün yapılmasına dikkat etmelidir.

Bakım planının uygulanmasında aşağıdaki hemşirelik girişimleri yer almalıdır.

- Yaşlının yaşam bulgularının, deri ısısının ve renginin değerlendirilmesi ve kaydedilmesi,
- Yaşlının ağrıyla ilgili sözel ve sözel olmayan ipuçlarının not edilmesi,
- Yaşlıda bası yarasının gelişmesine neden olacak risk faktörlerinin gözden geçirilmesi,
- Yaşlının derisinin yara, sıyrık, kızarıklık ve diğer lezyonlar açısından değerlendirilmesi ve sonuçların not edilmesi,
- Yaşlının kemik çıkıntılarının korunması için pedler ve diğer pozisyon verici aletlerin kullanılması ve kullanım için plan yapılması,
- Yaşlının kilo ve ağırlık kontrolünün yapılması,
- İşitme kaybı olan yaşlının sıklıkla dudak okuması nedeniyle mümkünse maske olmaksızın konuşulması,
- Yaşlıyla aynı hizaya ve yüz yüze gelecek pozisyonda yavaş ve duyabileceği ses tonuyla konuşulması,
- Yaşlıya asla bağırlmaması,
- Yaşlının bilişsel düzeyini belirlemek için bir ölçek (örneğin; mini mental test) kullanılması,
- Hatırlama durumunu değerlendirmek için yaşlı bireye üç objenin adının söylenmesi (ör; elma, saat ve kalem), tekrarlatılması ve birkaç dakika sonra bunları bir daha tekrar etmesinin istenmesi,
- Hastalıkların ve psikososyal problemlerin belirti ve bulgularının değerlendirilmesi,
- Anormal laboratuvar bulgularının kaydedilmesi,

- □ Değerlendirme yapılırken belirti ve bulgu vermeden gelişebilecek hastalıkların (örneğin; vücut ısısında, beyaz kan hücreleri ve kalp atım sayısında artış olmadan enfeksiyon gelişmesi; göğüs ağrısı olmadan kalp krizi geçirilmesi) dikkate alınması,
- □ Laboratuvar bulgularındaki yaşa bağlı değişikliklerin gözden geçirilmesi,
- □ Eklem hastalıkları olanların steroid tedavisi alıp-almadığının değerlendirilmesi,
- □ İnme geçirenlerin hareket yetisinin değerlendirilmesi, kol ve bacaklarında duyu, motor ve kuvvet kontrolünün yapılması,
- □ Kalp damar hastalığı olanlara ekografi ve elektrokardiyografi çekilip-çekilmediğinin kontrol edilmesi,
- □ Şeker hastalığı olanların kan glikoz (kan şeker) düzeylerinin izlenmesi, aldığı ilaçlarının ve zamanlarının değerlendirilmesi, deri durumunun ve duyu kayıplarının olup olmadığının değerlendirilip, kaydedilmesi,
- □ Yaşlının aldığı ilaçların etki ve etkileşimleri açısından değerlendirilmesi,
- □ Yaşlının hareket etmesinin, dönmesinin ve egzersiz yapmasının sağlanması,
- □ Yaşlının günlük yaşam aktivitelerine ilişkin gerekli hemşirelik bakımının verilmesi,
- □ Yaşlının gereksinimine göre; enjeksiyon ve damar yolu sıvı uygulama, pansuman yapma, ostomi ve bası yarası bakımı gibi beceri gerektiren durumlarda doğrudan bakım verilmesi,
- □ Yaşlıya ve yaşlıya bakım veren kişiye yaşlının kalan yıllarını daha fonksiyonel, daha mutlu ve çok az sorun yaşayarak geçirmesini sağlamak için; sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine, hastalıkların önlenmesine, yaşlanma nedeniyle gelişen fizyolojik, psikososyal değişikliklere ve yaşlılıkta sık görülen kronik hastalıklarla baş etmeye yönelik eğitim verilmesi,
- □ Yaşlılar sıklıkla anlamadığı zaman sorulan sorulara “evet” cevabı vereceğinden dolayı eğitimin tekrar edilmesi.

Bakımı Değerlendirme

Değerlendirme; bakımın sonuçlarını izleme ve sonuçları geliştirecek ipuçlarını görme fırsatı verir. Değerlendirme yaşlının bakımında yer alan sağlık ekibi üyeleri, yaşlı ve yaşlıya bakım verenlerle birlikte yapılmalıdır.

Bölüm 19

Yaşlılık döneminde fiziksel aktivite

Prof.Dr.Fatma İnanıcı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Pek çok kişi yaştan ilerlemesi ile fiziksel aktivitenin azalması gerektiğini, egzersizin yaşlılar için sakıncalı, yorucu, hatta zararlı olduğunu düşünür. Oysa düzenli egzersiz ve fiziksel aktivite kendimiz için yapabileceğimiz en sağlıklı eylemdir. Her yaşta ve her türlü fiziksel kondüsyondaki insan için egzersizin hem bedensel hem de ruhsal inanılmaz faydaları vardır. Hareketsizlik ise sağlığımız açısından pek çok risk ve olumsuzluk meydana getirmektedir.

EGZERSİZİN YARARLARI

Düzenli ve doğru yapılan egzersiz ve fiziksel aktivite pek çok hastalığın ve sakatlığın önlenmesi ve geciktirilmesinde etkilidir. Egzersiz;

- Yaşamdan daha fazla keyif almanızı ve kendinizi duygusal olarak daha iyi hissetmenizi sağlar, kendinize güveninizi artırır,
- Kas, kemik ve bağlarınızın zayıflamasına engel olur, böylece düşme ve kemik erimesi risklerini azaltır, kas-iskelet sistemi ağrılarını azaltır,
- Esnekliğinizi artırarak yaralanma riskini azaltır,
- Kalp atışlarınızın, kan dolaşımınızın ve solunumunuzun düzenlenmesine yardımcı olur,
- Daha canlı ve atik olmanızı sağlar, normal günlük işlerinizde yorgunluk hissetmenizi engeller, bağımsızlığınızı artırır,
- Daha iyi uyumanızı sağlar,
- Kan basıncı ve kalp sorunlarında düzelmeye katkıda bulunur,
- Kolesterol, trigliserit gibi kan yağlarının normal düzeyde tutulmasına yardımcıdır,
- Şişmanlığa engel olur,
- Şeker hastalığı riskini azaltır, kan şekerinin düzenlenmesine katkı sağlar,
- Kabızlığa engel olur, barsak kanseri riskini azaltır,

GÜVENLİK ÖNLEMLERİ

40 yaşın üzerindeki erkekler ve 50 yaş üzeri kadınlar **yoğun** egzersize başlamadan önce doktor kontrolünden geçmelidirler. Yaş yada fiziksel kondüsyon durumu ne olursa olsun yaşlıların büyük çoğunluğu fiziksel aktivite düzeylerini **orta düzeye** çıkarmakta sorun yaşamazlar. Ancak herhangi bir kronik hastalığınız varsa – kalp hastalığı, şeker – yada kilolu veya sigara kullanıyorsanız egzersize başlamadan önce doktorunuza başvurmalısınız.

Egzersize başlarken uyulması gereken genel güvenlik önlemleri;

- Uzun süredir hareketsiz bir yaşam sürüyorsanız, kendinizi zayıf ve güçsüz hissediyorsanız egzersiz yapmaya yavaş yavaş başlamalısınız. Egzersizin süre ve yoğunluğunu kademeli olarak artırmalısınız. Örneğin yürüyüş yapmaya 5 dakika ile başlayıp her hafta süreyi 5 dakika artırabilirsiniz.
- Egzersiz sırasında terletmeyecek, hareketinize engel olmayacak, mevsime uygun, rahat giysiler ve ayak tabanınızı destekleyecek ortopedik tabanlı ayakkabılar giymelisiniz.
- Egzersiz yaparken nefesinizi tutmamalısınız, rahat ve düzenli nefes almaya devam etmelisiniz.
- Fiziksel aktivite vücudun su ihtiyacını artırır. Özellikle sıcak havalarda, vücudun susuz kalmamasına özen göstermelisiniz. Susamak yaşlı kişilerde vücuttaki susuzluğun çok geç bir belirtisi olabilir. Bu nedenle fiziksel aktivitenizi artırmaya karar verdiğiniz andan itibaren susamadan su içmeye de başlamalısınız. (Kalp yetmezliği yada böbrek hastalığınız varsa doktorunuza danışınız.)

Egzersiz sırasında dikkat edilmesi gereken noktalar;

- Yeni ortaya çıkan, daha önce hissetmediğiniz bir rahatsızlık hissederseniz,
 - Göğüs ağrısı hissederseniz,
 - Kalp çarpıntısı yada kalp atışlarınızda düzensizlik meydana gelirse,
 - Nefes darlığı yaşarsanız,
 - Baş dönmesi, göz kararması olursa,
 - Belirgin ve kontrolünüz dışında kilo kaybederseniz
- egzersiz yapmayı bırakıp doktorunuza başvurmalısınız.

Bazı durumlar ve hastalıkların varlığında egzersizi yeniden düzenlemek, bazen de egzersize ara vermek gerekebilir.

Egzersize ara verilmesi gereken durumlar:

Kalp yetmezliği

- Kalp hızında artış ve vücudun susuz kalması ile sonuçlanabilen ateşin eşlik ettiği enfeksiyon durumu (zatürre gibi)
- Damarda pıhtılaşma sorunu (*tromboz*)
- Ağrı ve rahatsızlığa neden olan fitik
- İyileşmeyen ayak yaraları
- Düşme sonrası geçmeyen ağrı yada yürüme güçlüğü
- Göz sorunu yada geçirilmiş göz ameliyatı
- Atardamarda balonlaşma (*aort anevrizması*)
- Ana atardamar darlığı (*aort stenozu*)
- Eklem şişliği
- Kalça protezi ameliyatıdır (bacak egzersizleri yapmadan önce doktorunuza danışınız, bacak bacak üstüne atmayınız, kalçanızı 90 dereceden fazla bükmeyiniz)

Bu gibi durumların varlığında egzersiz konusunda mutlaka doktorunuzun önerilerini almalısınız.

HANGİ EGZERSİZLERİ, NE SIKLIKTA VE YOĞUNLUKTA YAPMALISINIZ?

Daha sağlıklı ve mutlu yaşamak için **sürekli** ve **düzenli** olarak yapmanız gereken 4 tür egzersiz vardır. Bunlar; dayanıklılık, kuvvetlendirme, germe ve denge egzersizleridir.

Dayanıklılık egzersizleri:

Dayanıklılık egzersizleri yoğunluğu düşük, vücudumuzun büyük kasları kullanılarak yapılan, kalp ve solunum sisteminizi güçlendiren egzersizlerdir. Aerobik egzersizler olarak ta bilinir. Zindelik ve direncinizi artırarak, merdiven inip çıkma, alışveriş torbalarını taşıma gibi günlük işlerinizi çok daha kolay yapabilmenizi sağlar.

Düz zeminlerde yürüyüş en kolay dayanıklılık egzersizidir. Süresi yavaş yavaş artırılarak haftada en az 3 kez, 20-40 dakika yürüyüş yapılmalıdır. Kendinizi güçsüz hissediyorsanız günde 5 dakikalık yürüyüşlerle başlayın ve kuvvetlendiğinizi hissettikçe süreyi 5er dakika artırarak devam edin. Bu aktivite solunum ve kalp hızında artışa neden olacaktır. Ancak yürüme hızınızı nefes nefese kalmayacak, yanınızdaki kişiyle rahatlıkla konuşabilecek bir tempoya ayarlamalısınız.

Yüzmek, dans etmek, egzersiz bisikletine binmek, çim biçmek yada bahçeyi tırmıklamak gibi aktiviteler de yürüme gibi “*düşük yoğunluklu*” dayanıklılık egzersizleridir. Yürümek yerine bu aktivitelerden birini de tercih edebilirsiniz.

Kuvvetlendirme egzersizleri:

Yaşın ilerlemesiyle kas kitlesi %20-40 oranında azalır ve kasılma kuvveti zayıflar. Kuvvetlendirme egzersizleri kaybı önlediği gibi kaybedilen kas miktarında artış ta sağlarlar. Kas kitlesindeki az bir artış bile kuvvetinizde belirgin fark yaratır. Kuvvetlendirme egzersizleri ayrıca metabolizmanızı düzenleyerek şişmanlamanıza engel olur, kan şekerinizi düzenler. Kemik kaybını da yavaşlatır.

Bu egzersizler ağırlık kullanılarak yapılan dirençli egzersizlerdir. Çalışmaya küçük ağırlıklarla başlanmalı ve 8-15 tekrarlı 2-3 set halinde yapılmalıdır. Ağırlık 3 saniye boyunca kaldırılmalı ve 3 saniye boyunca ilk pozisyona dönülmelidir. Tekrarlar arası birkaç saniye, setler arası birkaç dakika dinlenme süresi bulunmalıdır. Kuvvetlendirme egzersizleri haftada en az 2 gün, 30-40 dakika süreyle yapılmalıdır.

Kuvvetlendirme egzersizleri sırasında dikkat edilmesi gereken noktalar:

- Fiziksel kondüsyon durumunuza göre yarım yada bir kilogram gibi küçük ağırlıklarla yada ağırlıksız olarak kuvvetlendirme egzersizlerine başlayınız. Kuvvetlendikçe önce tekrar sayısını, daha sonra ağırlığı her 10-15 günde bir, 0.5-1 kilogram artırarak devam ediniz.
- Egzersiz sırasında nefesinizi tutmayınız, normal nefes alıp vermeye devam ediniz. Aksi halde kan basıncınız (tansiyonunuz) yükselebilir.
- Ağırlığı istenilen pozisyona getirmek için yumuşak ve sürekli bir hareket sağlayınız.
- Ani ve zorlayıcı hareketlerden kaçınınız.
- Kol ve bacak eklemlerinizi gergin pozisyonda kilitlemekten kaçınınız.
- Ağırlığı kaldırırken yada iterken nefes alıp, ağırlığı bıraktığınızda nefes veriniz.
- Kas güçlendirme egzersizlerini yaptıktan sonra birkaç gün kasta acı hissetmek yada hafif bir halsizlik hissi normaldir. Aşırı yorgunluk hissi, eklem ağrısı yada ağırlı kas çekilmeleri normal değildir. Bu durumda ağırlığı azaltınız.
- Üst üste 2 gün aynı kas gruplarını çalıştırmayınız.

- Fazla miktarda ağırlıkla çalışmanın yada gereğinden fazla tekrar yapmanın kas yaralanmalarına neden olacağını unutmayınız.

Örnek Egzersiz: OMUZ ÇEVRESİ KASLARIN KUVVETLENDİRİLMESİ

- Sırtınız dik olacak şekilde kolçaksız bir sandalyeye oturunuz, ayak tabanlarınızı omuz genişliğine eşit olacak şekilde birbirinden uzaklaştırarak yere basınız.
- Kollar yanlardan sarkacak ve avuç içleri içeriye bakacak şekilde her iki elinize ağırlıkları alınız. (Ağırlık olarak içi su dolu pet şişe kullanabilirsiniz, kolay kavrayabileceğiniz herhangi ağır bir cisim alabilirsiniz yada egzersize ağırlıksız başlayabilirsiniz.)
- Kollarınız yana doğru omuz hizasına kadar kaldırınız, 1 saniye bu pozisyonda tutunuz
- yavaşça aşağıya indiriniz ve durunuz
- Bu hareketi 8 – 15 kez tekrarlayınız
- Bir süre dinleniniz ve 8 – 15 tekrarlık bu seti tekrarlayınız

Denge egzersizleri:

Yaşın ilerlemesi ve hareketsizlik düşme riskini artırmaktadır. Kemik kaybı bulunan yaşlı kişilerde düşmeler kalça kırığı yada diğer sakatlanmalara neden olarak kişinin bağımlı hale gelmesine yol açabilir. Denge egzersizleri düşmelerin önlenmesinde çok yararlı egzersizlerdir.

Bu egzersizler dengeyi geliştirmeye yönelik olarak planlanan, özellikle bacak kaslarını kuvvetlendirmeye yönelik hareketlerdir. Denge egzersizleri yapılırken sağlam bir yere tutunularak başlanmalı, kuvvetlendikçe tutunma miktarı azaltılmalıdır.

Herzaman ve her yerde yapabileceğiniz en basit denge egzersizleri şöyle sıralanabilir: Ayakta dururken (örneğin sırada beklerken) tek ayak üzerinde durabildiğiniz kadar uzun durunuz, daha sonra ayak değiştiriniz. Düşmemek için yakınızdaki tutunabileceğiniz bir yer olmalıdır. Diğer bir egzersiz parmak topuk yürüyüşüdür. Ya da ellerinizi kullanmadan sandalyeye oturup kalkma hareketini yapabilirsiniz.

Germe egzersizleri:

Germe egzersizleri esnekliğinizi artırarak günlük işlerinizi daha kolay yapmanızı sağlar ve yaralanma riskini azaltır. Gevşemenize yardımcı olur. Dik ve düzgün durmanızı sağlar.

Germe egzersizleri yapmadan önce mutlaka vücudunuzun ısınmış olmasına dikkat ediniz. Örneğin kuvvetlendirme yada dayanıklılık egzersizlerinden sonra vücudunuz ısınmıştır ve germe egzersizlerini bu aktivitelerinizden sonra yapabilirsiniz.

Ani germelerden kaçınılmalı, germe yavaş hareketlerle ve sabit kuvvetlerle yapılmalıdır. Hafif bir rahatsızlık yada çekilme hissi normaldir, ancak ağrıya neden olmamalıdır. Germe egzersizleri 20-30 saniye süreyle her kasa 3-5 tekrar olacak şekilde, toplam 20 dakika ve haftada 2 kez yapılmalıdır.

SON SÖZ

- Kuvvetinizde azalma ve kolay yorulma gibi belirtiler yaşınızın ilerlemesi sonucu olan doğal bir süreç değildir, daha az hareket ettiğiniz için meydana gelen bir durumdur.
- Her bireyin ihtiyacı olan egzersiz yada yapabileceği fiziksel aktivite farklıdır. İhtiyacınıza yada kapasitenize uygun egzersiz programı almak için bir Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzmanına danışabilirsiniz.
- Egzersiz ve fiziksel aktivitenin miktarından çok sürekli ve düzenli yapılması önemlidir. Sürekli yapılmazsa işe yaramaz, kazandılan dayanıklılık, esneklik ve kuvveti hızla kaybedilir.
- Herhangibir nedenle egzersize birkaç hafta ara verdiyseniz, en son yaptığınız egzersizin yarısı kadar süre ile yeniden başlayınız ve yavaş yavaş artırınız.
- Düzenli egzersiz yapmayı kolaylaştıracak ve cazip hale getirecek planlar yapınız. Örneğin yalnız yürümeyi sevmiyorsanız bir yürüyüş arkadaşı edininiz ya da yürümek yerine bahçe işleriyle uğraşmak yada dans etmek gibi sevdiğiniz ve eğlenceli bir aktiviteyi yapınız.
- İlerlemeyi ölçmek egzersiz yapma isteğinizi artırabilir. Egzersize başlamadan önce bir kat merdiveni ne kadar sürede çıkabildiğinizi, 6 dakikada ne kadar yol yürüebildiğinizi ve tek ayak üzerinde ne kadar durabildiğinizi ölçerek not ediniz. 1 ay sonra aynı ölçümleri yaptığınızda sonuçlara şaşırarak ve sevineceksiniz.
- Egzersizi günün yorgun olmadığınız saatlerinde yapınız ve günlük yaşamınızın bir parçası haline getiriniz.

- □ Güvenlik önlemlerini daima hatırlayınız.

Bölüm 20

Yaşlılar ve güvenli toplumlar

Prof.Dr.Hilal Özcebe

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yaşlılık döneminde çocukluk döneminden itibaren sahip olunan yaşam tarzı alışkanlıklarına bağlı olarak hastalıkların ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu hastalıkların pek çoğunun sizlerin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak sağlığını olumsuz olarak etkilediği bilinmektedir. Sizlerin, fiziksel sağlığın önemli bir göstergesi olarak hareket kabiliyetinizde olan azalmalarınızın, ruhsal olarak yalnızlık duygunuzun, yaşam kalitesi konusunda endişelerinizin ya da sosyal olarak etrafınızdaki kişiler ile iletişiminizin yetersiz olması gibi sorunlarınızın olduğu sağlık hizmeti sunanlar tarafından bilinmektedir. Diğer taraftan, yaşınızın artmasıyla birlikte vücut sistemlerinizde olan değişiklikler de yeti kayıplarınızın ortaya çıkmasına da neden olmaktadır. Özellikle görme ve işitme duyusundaki azalmalar yaşlanma döneminde sık olarak ortaya çıkmaktadır. Görme duyusunun azalması etrafta olan pek çok tehlikenin görülememesine neden olmaktadır. İşitme azlığı ise etraftaki tehlikelerin farkında olmamanın yanı sıra iletişim sorunlarınızın ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, sahip olduğunuz pek çok hastalık sizlerin ev içinde ya da ev dışında yaralanmanıza neden olmaktadır.

Diğer taraftan, yaşlılık ile beraber yalnız yaşama becerisinde de azalma olabilmektedir. Yardıma gereksinimi olan kişilerin bazen etrafındaki kişiler tarafından şiddet içeren davranışlara maruz kaldıkları bilinmektedir. Son zamanlarda, yaşlılık döneminde şiddet içeren davranışlara maruz kalma da önemli bir yaşlılık sorunu olarak değerlendirilmektedir.

Sonuç olarak, kasıtlı (şiddet) ya da kasıtsız (kaza) yaralanmaların oluşması incelendiğinde üç etkenin rol oynadığı bilinmektedir: Kişi, çevre ve etken. İşte, yaşlılık döneminde bu üç etkenin iyileştirilmesine yönelik uygulamalar yaralanmaların azalmasını sağlamaktadır.

Kasıtlı ya da kasıtsız olarak yaralanmalardan korunmada en önemli kavramlardan birisi “güven içinde olma ve bu duyguya sahip olmadır”. Güven içinde yaşama, toplumun

iyilik hali ve sağlıklı olabilmesi için sağlanması gereken temel ön koşuldur. “Güven içinde olma” somut ve soyut kavramları beraber içermektedir. Toplumun güvenliğine yönelik yapılan müdahaleler güven içinde olmayı sağlayan “somut” müdahalelerdir. Örneğin, yaşlı bir kişinin yaşadığı ev içinde halıların olmaması, yaşlının halıya takılarak düşmesini önlemek için yapılan somut bir müdahaledir. Güven kavramının bir başka yönü toplumda yaşayan bireylerin “güvenli olma” duygularıdır. Örneğin, yaşlının halıya takılarak düşmeyeceğine ilişkin duygusu gibi. Bu da güven kavramının soyutsal boyutunu göstermektedir ki, kişiler arası algı farklılıkları olabilir. Yaşanılan fizik ve sosyal çevre içinde her iki düzeyde de güven sağlanmalıdır.

Güvenli Toplum Politikasının Desteklenmesi:

Rehberin bu bölümünde “Güvenli Toplum” yaklaşımına ilişkin politikasında öncelik verilmesi gereken konuların sizlere aktarılması planlanmıştır. Bu politika, sizler, sizlerin yakınları, yaşlıların haklarına yönelik çalışmalar yapan sivil toplum kuruluşları, üniversitelerde yaşlılık konusunda çalışan akademisyenler ve yaşlılara yönelik hizmetleri sunan kamu ve özel kurum ve kuruluşlar tarafından oluşturulmalıdır.

- **Ulusal ve bölgesel güvenlik politikası:** Yaşlıları kapsayacak şekilde kaza ve yaralanma koruma programlarına öncelik veren politikalar geliştirilmelidir. Özel sektör, sivil toplum kuruluşları ve toplum, devletten yaşlılıkta olan yaralanmalar konusunda politikaların oluşturması talep edilmeli, oluşturulan politikaları sizler tarafından desteklemeli ve uygulaması konusunda baskı yapılmalıdır.
- **Güvenli çevre oluşturulması:** Evimizde, trafikte, yaşadığımız kent içinde ve bunun gibi pek çok ortam, yaralanmalardan korunmaya yönelik olarak geliştirilmelidir. Program içinde çevreye yönelik müdahaleler de yer almalıdır. Örneğin, yaşlıların en sık kaza geçirdikleri ortamların başında “ev” gelmektedir. Evlerin güvenli bir çevre ortamına sahip olması için belirlenen kriterler kontrol listeleri haline getirilebilir. Yaşlıların yaşadıkları evlerde kontrol listeleri kullanılarak en güvenli yaşam ortamı oluşturulması için evde yaşayan kişiler bilgilendirilebilir. Oluşturulabilecek kontrol listesinde aydınlatma, zemin, döşeme ve koridor, banyo ve tuvalet, merdiven, mutfak, mobilya ve yatak odası bölümleri yer almalıdır.
- **Başarılı programların desteklenmesi:** Başarılı olan yaşlılık yaralanma önleme programları her alanda çalışan kurumlar tarafından danışmanlık, eğitim ve maddi olarak desteklenmelidir. Sizler, bu programları talep etmelisiniz.

- □ **Toplum hizmetleri kapsamının genişletilmesi:** Bu konu sadece sağlık ve güvenlik sistemlerinin değil, bütün sektörlerin işbirliği ile ele alınmalıdır. Örneğin, rnlerin üretimi sırasında yaşlıların da kullanabilecekleri Şekilde tasarımlar kullanılmalıdır. Yaşlılar, alış veriş yaparken “rn tasarımı ve güvenlik” arasındaki ilişkiyi mutlaka sorgulamalıdır.

Güvenli Toplumlar nasıl oluşturulabilir?

Dünya Sağlık rgt tarafından desteklenen Güvenli Toplumlar programının temelinde bütün insanların sağlıkta ve güvenlikte eşit olma hakkı yer almaktadır.

Güvende olmak bir insan hakkıdır:

Güven içinde olmak ve bu duyguya sahip olmak temel insan haklarından biridir.

Öncelikle, bu hakka sahip olduğumuzun farkında olmamız gerekir.

Güvenli Toplumlar, temel olarak toplumun güven ve güvenlik kavramlarının geliştirilmesi, güvenli çevrenin oluşturulması, kişilerde güven duygusunun ve güvenli davranışların geliştirilmesi için toplumun her kademesinin katılımı ile desteklenen bir yaklaşımdır. Yaşlılarda yaralanma koruma ve kontrol programlarında devlet ve sivil toplumun birlikte çalışması gerekmektedir. Öncelikle yaşlılar olmak üzere, yaşlılarla beraber olan kişilerin, yaşlılara yönelik hizmet sunan devlet, özel ve gönüllü kuruluşların ve o bölgede karar verici rolünde olan yöneticilerin yaşlıların yaralanma sorununa ilişkin duyarlılıklarının artırılması gerekmektedir.

Yaralanma programlarının başarısını sınırlandıran bir başka görüş ise yaralanmaların, özellikle kazaların önlenemez olması Şeklinde dir. Toplumda yaşayan pek çok kişi yaralanmaların önlenemeyeceği Şeklinde bir kanaate sahiptir. Toplumda yaygın olarak kullanılan “Kaza geliyor demez!”, “Görünmez kaza” gibi pek çok ifade kadercilik yaklaşımının ne kadar yaygın olduğunu göstermektedir. Oysa, yaralanmaların oluş mekanizması değerlendirildiğinde insan, evre ve yaralanmaya neden olan etkenin kontrol altına alınabileceği fark edilir. Örneğin, “halıya takılıp düşme”, halının kaldırılması ya da “ıslak zeminde kayma” zeminin kuru tutulması ile nlenebilir.

Güvenli toplum yaklaşımında çevreye ve kişiye yönelik müdahaleler yer almaktadır. Çevreye yönelik müdahaleler yasalar, uygulamalar, fizik çevreye yönelik yapılar gibi çok farklı boyutlarda olabilir. Çevrenin “yaşlı dostu” yaklaşım sergilenerek oluşturulması

gerekmektedir. Bu yaklaşım içinde oluşturulan çevre, hem sizlerin yaralanmasını önleyici hem de sizlerin bedensel sorunlarınızla uyumlu olmalıdır. Kişiyeye yönelik müdahaleler, sizlerin olumlu davranışlar edinmesine yönelik olmalıdır. Bu müdahaleler eğitim, bilgilendirme, zorluklarla başa çıkabilme becerisinin artırılması gibi çok farklı boyutlarda olabilir. Çevrenizin olumlu hale getirilmesi ve sizlerin güvenli davranışlar kazanmanız, toplumda yaşlı güvenliğinin gelişmesini sağlayacaktır. Bu müdahalelerden bazı örnekler aşağıda sunulmuştur:

- Sokaklarda güvenli yürümeye yönelik kaldırımların olması, tuvaletlerin olması ve yaşlılar tarafından kullanılabilir olması, trafik lambalarının geçiş süresinin yaşlıların geçişine izin verecek süre için düzenlenmesi
- Sokaklarda kullanılan bazı cihazların yaşlıların kullanımına uygun olmasının sağlanması (trafik lambasının düğme yüksekliği, telefon kulübesinin tasarımı vb.)
- Yaşlıların gezebilecekleri dış ortamların oluşturulması (yürüyen merdiven, tekerlekli sandalye yolları, otobüslerin kullanımına yönelik kolaylıklar vb.)
- İşitme engellilere yönelik iletişimin kolaylaştırılmasına yönelik uygulamaların yaygınlaştırılması
- Görme engelliler için bulunan çevrenin güvenli olmasına ilişkin uygulamaların yapılması (sesli trafik lambası tasarımının uygulanması vb.)

Ayrıca, sizlerin bedensel ve ruhsal sağlığınızın geliştirmesine yönelik uygulamalara da gereksinim vardır:

- Egzersiz programlarının oluşturulması,
- Yaşam boyu öğrenme programlarının desteklenmesi,
- Sağlık ve rehabilitasyon hizmetlerinin ulaşılabilir olmasının sağlanması,
- Yaşlılık döneminde sık karşılaşılan katarakt, kemik kırık tedavisi gibi durumlara yönelik tedavilere ulaşılabilirliğin kolaylaştırılması,
- Yaşama bağlanma, kendinizi daha yeterli ve bağımsız hissetmeniz için iş kurmanıza ve yürütmenize ilişkin ekonomik yaklaşımların benimsenmesi; sizlerin çalışma yaşamı içinde olmanızın sağlanması için, uygun çalışma saatleri, sağlık sorunlarına ilişkin çalışma ortamı düzenlenmesi gibi uygulamaların benimsenmesi sağlanmalıdır.

Yaşlılık döneminde yaşamınızı devam ettirmek için daha yakın ilgiye gereksinimimiz olabilir. Bu sırada size yardımcı olacak olan kişinin de sizin güvenliğiniz konusunda hassas

olmasını gerektirmektedir. Size yardımcı olacak kişiyi seçerken, profesyonel olarak “güvenlik” konusundaki görüşü ve bilgisinin de sizin ve aileniz tarafından değerlendirilmesi de gerekmektedir.

Güvenli Toplum, Şiddet ve Önlenmesi :

Yaşlılar genellikle şiddet uygulayan kişilerle beraber yaşadıkları için şiddet içeren davranışlara maruz kaldıklarını güçlüklerle ifade edebilirler. Son yıllarda sık olarak tartışılan bir konu olan yaşlı istismarı fiziksel (vücuda fiziksel şiddet uygulama), psikososyal (kasıtlı olarak üzme ve istediklerini yapmama), cinsel (cinsel organlara yönelik şiddet, tecavüz, istismar vb.), ekonomik (kredi kartının kullanılması vb.) ve ihmal (sağlık hizmetlerini kullanmamasını sağlama vb) şeklinde olabilmektedir.

Yaşlılarda şiddet olaylarının önlenmesi için yapılması gereken pek çok şey bulunmaktadır. Öncelikle sizlere yaşam kalitenizin yükseltilmesine yönelik ülke programlarına gereksinim vardır. Yaşlıların, yakınlarının, sivil toplum kuruluşlarının, akademisyenlerin ve özel sektörün bu konuda devlete baskı yapması gerekmektedir.

Sizlerin yaşama bağlılığının artırılması gerekmektedir. Bunun bir yolu da gelir getiren işlerde çalışarak özgüveninizin artırılması şeklindedir. Diğer taraftan aranızda bakıma gereksinimi olanlara yönelik, ailelerine ya da profesyonel bakım kurum ortamlarının şiddetten arındırılmasına yönelik yasal yapılandırmanın geliştirilmesine ve yaşlıların bakımından sorumlu olan kişilerin davranışlarını değiştirmeye yönelik müdahalelere gereksinim vardır.

Sizler, kendinizin de lider rolü oynayacağı toplumsal ve sosyal mekanizmalar geliştirmelisiniz. Yaşlılar arasındaki iletişimin güçlendirilmesine ilişkin sosyal destek mekanizmalarının yanı sıra yaşlılar ile genç yaş grubundaki kişiler arasındaki iletişimin de artırılması gerekmektedir. Madde bağımlılığı olan yaşlıların tedavi edilmesi gerekmektedir. Ayrıca, sizlerin sorunlarla karşılaştığınızda bu sorunu çözmeye ilişkin kapasitenizin geliştirilmesine yönelik programlara ulaşabilmeniz de sağlanmalıdır. Aranızda istismar edilen yaşlılardan oluşan destek grupları da yardımcı olmaktadır.

Güvenli Yaşlılar İndikatörleri:

Dünya Sağlık Örgütü tarafından da benimsenen güvenli toplum içinde güvenli yaşlıların olması için bazı kriterlere uyulması gerekmektedir;

1. 1. Yaralanmalardan korunmadan sorumlu sektörler arası bir grup oluşturulmalıdır. Sektörler arasında yöneticiler, yaşlılar, gönüllü kuruluşlar, teknik alanda çalışanlar ve yaşlıların güvenliği ile ilgilenen kişiler yer almalıdır. Bu grup yerel yöneticiler tarafından yönetilmeli ve sivil toplum kuruluşları ise yönetimde yardımcı rol oynamalıdır.
2. 2. Güvenli toplumlar içinde güvenli yaşlılar yaklaşımı geliştirilmelidir.
3. 3. Her iki cinsiyeti, her yaş grubundaki yaşlıyı, çevreyi ve durumları içine alan uzun erimli, sürdürülebilir olan bir program geliştirilmelidir.
4. 4. Program yüksek risk gruplarını ve çevreyi hedeflemeli ve hassas kişilere ulaşımında eşitlik sağladığı konusunda emin olmalıdır.
5. 5. Program kasıtlı ve kasıtsız yaralanma sıklığını ve nedenlerini içeren bir kayıt sistemi içermelidir.
6. 6. Programı değerlendirecek ölçütler geliştirmeli, etki ve sonuçları ölçülmelidir.
7. 7. Deneyimler ulusal ve uluslar arası düzeyde paylaşılmalıdır.

Sonuç olarak, yaşlılık döneminde hastalıkların önlenmesine ilişkin politikaların geliştirilmesine ilişkin ikinci hedefin kapsamında yaşlının sağlının korunması, geliştirilmesi ve kazaların azaltılmasına ilişkin araştırmaların yapılması ve müdahale programlarının uygulanması yer almaktadır. Uluslararası Eylem Planında istismar, şiddet ve ihmalin önlenmesine, yeti yetersizliği olan yaşlıların sağlığını koruma ve geliştirmeye ve yaşlılarla beraber yaşayan ve hizmet sunan kişilerin duyarlılıklarını artırma ilişkin hedefler ve eylem planı uygulama önerileri bulunmaktadır.

Sizlerin, eylem planında yer alan bütün bu hedeflere ulaşılmasını talep etmek ve eylem planının uygulanmasını isteme hakkınızı kullanmanız gerekmektedir.

Bölüm 21

Yaşlılar için ev ve çevre düzenlemeleri

Prof.Dr.Hilal Özcebe

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı; “*Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması*” olarak tanımlamaktadır. Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreç olmakla birlikte yaşın ilerlemesiyle birlikte vücutta bazı değişiklikler meydana gelmektedir; bu durum belirli yaşlardaki kişilerin bazı sağlık sorunlarına karşı daha duyarlı olmalarına neden olmaktadır. Fiziksel yetersizlikler, ağrılar, kalp-damar hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, sinir sistemi hastalıkları vb. sorunlar yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Hareket sisteminde, görme, işitme gibi duyu organlarında, düşünsel ve ruhsal yapıda oluşan yetersizlikler, yaşlının fiziksel ve sosyal kapasitesini azaltmaktadır. Yaşlıların bedenlerinde oluşan değişiklikler, kontrol mekanizmasındaki zayıflama, yaşlı yaralanmalarının temelinde yatan nedenlerdir. Yaşlılarda oluşan yaralanmaların iyileşme sürecinde vücut kapasitesinin yetersizliğinin yanı sıra var olan kronik hastalıkların da olumsuz etkileri olmaktadır. Bütün bu nedenler yaşlılarda yaralanmaların sık olarak görülmesine ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Yaşlılık dönemi evde en fazla geçirilen dönemlerden biri olduğu için “ev kazaları” ayrıca müdahale edilmesi gereken en önemli alanlardan birini oluşturmaktadır.

Yaşlıların ev içinde en sık karşılaştıkları kaza türü düşmelerdir. Ayrıca, yanıklar, zehirlenmeler, kesikler de önemli yaralanmalar arasındadır. Ev kazalarının önlenmesi için kişisel davranışların “güvenli” olması gerekmektedir. Yaşlı güvenliğinde en önemli koruyucu uygulamaların başında fizyolojik yetersizlikleri gidermeye yönelik düzeltici araçların (işitme aygıtı, gözlük vb) kullanımının sağlanması öncelik almaktadır.

Yaşlıların ev kazalarından korunmasında ev ortamının da güvenli bir hale getirilmesi gerekmektedir. Yaşlıların yaşam yerlerine özen gösterilerek ev ortamında kazalara yol açabilecek koşulların belirlenerek ortadan kaldırılmalıdır. Ev ortamının (antre, mutfak, oturma odası, yatak odası, banyo- tuvalet gibi) yaşlıların hareket kabiliyetlerine ve yeti kayıplarına göre düzenlenmesi sağlanmalıdır.

Ev Düzenlenmesinde Genel Olarak Uyulması Gereken Kurallar:

- Mümkünse evde yangın alarmı kullanılmalıdır. Evde parlayıcı ve patlatıcı madde saklanmamalıdır. Yangın merdiveni ya da acil çıkış kapıları olmalıdır.
- Sigara yangınların ortaya çıkmasında en önemli nedenlerden biridir. Sigara içmek hem sağlığını hem de güvenliğinizi olumsuz olarak etkiler. Bu nedenle sigara

içmeyiniz. Ancak, sigara kullanmayı bırakamıyorsanız, yatak odanızda ve yatağınızda asla sigara içmeyiniz. Ayrıca, küllükleriniz derin olmasına ve içinde su olmasına özen gösteriniz.

- Evde kullanılmayan, fazlalık ya da dağınıklık yapan eşyaların mümkün olduğu kadar azaltılmalıdır.
- Etkin bir ısıtma sistemi olmalıdır. Evin gece ısısının $18,5^0$ derece olması sağlanmalıdır.

Evin Girişi:

Evin girişinde geniş bir antrenin olması tercih edilmelidir. Eğer, tekerlekli sandalye, koltuk değneği ya da baston kullanıyorsanız evin girişi daha önemli olmaktadır. Gerekirse, evin girişinin daha da genişletilmesi tarzında bir değişiklik yapılabilir.

Kapılar:

- Kapılarda eşik olmamalıdır.
- Kapılarda yuvarlak kapı tokmak yerine kertiği olan kapı kollarını tercih ediniz. Kapı tutamakları kolayca çalışmalıdır.
- Kapılar içeriden kolayca açılmalı; fakat dışarıdan birinin girişini önleyecek güvenlikte de olmalıdır.
- Acil durumlarda dışarı çıkılması planlanan kapının dışarıya doğru açılması gerekir; bu kapının arkasında herhangi bir şey konulmamalı ve kapının açılmasına engel olmamalıdır.

Merdivenler: Merdivenler apartman içinde ya da ev içinde olabilmektedir. Her iki durumda da sizlerin rahat kullanımı açısından merdiven yapımında uyulması gereken kurallar vardır.

- Merdivenler eşit yükseklikte olmalıdır.
- Merdiven basamakları ayağın sığabileceği ende olmalıdır.
- Merdivenlerde ayağın takılmasına neden olacak çıkıntı ya da eşik olmamalıdır. Ayrıca, merdiven üzerine halı, kilim gibi malzeme konulmamalıdır.
- Merdiven aralığı aydınlık olmalıdır.
- Trabzanlar sağlam olmalıdır.

Evin Zemini: Evin yaşam alanındaki zeminin döşemesi, sizlerin düşmesini ya da takılmasını önleyecek şekilde düzenlenmelidir.

- Evin zemininin kaymayan malzeme ile döşenmesini talep ediniz.
- Zemine kayabilecek özellikte olan halı, kilim v.b. serilmemesini isteyiniz. Eğer evde bu tür malzemeler varsa, kenarlarının takılıp, düşmeye ve kaymaya yol açabilecek biçimde veya kıvrılmış durumda olmamasına özen gösterilmesi gerekmektedir.
- Çocuk oyuncakları, bilyalar, kolayca yuvarlanarak kaymaya yol açabilecek malzemelerin ortada bırakılmamasını isteyiniz.
- Koridorlarda, yerlerde kutu gibi takılıp düşmeye neden olacak herhangi bir şey bırakılmamalıdır.

Yatak Odası: Yatak odası, sizin yaşamınızı kolaylaştıracak şekilde olmalıdır. Eğer mümkünse, yatak odanızın banyo ve tuvalete yakın olması sağlayınız.

- Yatak odanızın zemininin duvardan- duvara, düzgün serilmiş halı olmasını tercih edilmelidir. Ancak, alerjik bir hastalığınız varsa halı olmamasını tercih ediniz.
- Yatağınızın etrafında yürüyüş yolu bırakılmasını sağlayınız.
- Gece uyandığınız zaman etrafınızı görece kadar aydınlık olmasını sağlayan bir koridor lambasının açık kalmasını sağlayınız. Bu şekilde, gece tuvalete giderken bir yere takılarak düşmenizi önleyebilirsiniz.
- Yatağınızın yanında telefon, bardak, ilaçlar, gözlük gibi gereksinimlerinizi koyacağınız küçük sabit masa/ komidin olmasını sağlayınız. Bu komidinde kolay açılıp kapanan bir masa lambasının olması hareket kabiliyetinizi artıracaktır. Baston kullanıyorsanız, onun da ulaşılabilir bir şekilde durmasını sağlayacak bir ortam sağlayınız.
- Yataktan ulaşılabilir şekilde yerleştirilmiş bir telefon bulunması ve telefon konuşma sesini dışarıya verebilir özellikli olması sizin gerektiğinde yakınlarınız ile iletişimi kolaylaştıracaktır.
- Yatak odanızda giyinirken oturabileceğiniz mümkünse kollukları olan sağlam bir sandalye bulundurunuz.
- Sık kullandığınız giysi ve eşyalarınız sizin kolay ulaşılabileceğiniz yerlerde olmalıdır.
- Elektrikli battaniye ile uyumamaya özen gösteriniz.

Banyo: Banyo düzeni sizlerin rahat ve güvenli olarak yıkanmanızı sağlayacak şekilde olmalıdır.

- Banyo kapısı dışa açılır olmalıdır.
- Parlak olmayan ışık tercih edilmeli, lamba anahtarı kapının yanında olmalıdır.
- Banyo genel olarak kaymanızı, çarpmanızı önleyecek şekilde düzenlenmelidir. Yerlerin ıslak olmamasına özen gösterilmelidir. Sizlerin de banyo terlikleriniz altlarının kaymamasına dikkat etmeniz gerekmektedir.
- Banyo yapılan yer kaymaz özellikle olmalıdır. Yerin zeminine kaymayı önlemek için paspas konulabilir. Küvet, duş ve gereken yerlerde tutacak yerlerin olması sağlanmalıdır. Bu tutunma barlarının çapları 4-5 cm olmalı ve zeminden 90-100 cm yükseklikte olmalıdır.
- Banyonuzun yıkanma alanı rahatça yıkanacağınız şekilde düzenlenmelidir. Sandalye, oturak gibi aletler ile oturarak yıkanabilmenizi sağlayacak bir ortam olmalıdır.
- Kullanılan fayanslar kaymayan ve pas tutucu özellikte olmamalıdır.
- Kolay ayarlanabilir musluk kullanılmalıdır.
- Termostatlı ısı sistemi kullanılması, suyun ısısı yanmaları önleyecek şekilde ayarlanmalıdır.
- Havalandırma sistemi ve sıcak kaynağı (kazan/ soba) güvenliği olmalıdır.
- Elektrikli aletler kullanılmadığı zaman fişleri prizden çıkarılmalı, kabloları ortalıkta olmamalıdır. Elektrikli aletler kullanılmadığı zaman ıslak alanlardan uzak tutulmalıdır.

Tuvalet:

- Tuvaletiniz rahatça hareket edeceğiniz genişlikte olmalıdır. Bu nedenle banyo alanındaki tuvaleti kullanabilirsiniz.
- Klozet yüksekliği gereksinime göre farklı olarak seçilebilir. Klozetin kenarında duvarda tutma kolunun olması sağlanmalıdır. Eğer duvarda tutma kolu yetersiz gelirse, tutma kolu olan klozetler ya da her iki yanında destek kolları olan klozetleri kullanabilirsiniz.

Mutfak: Günün önemli bir kısmının geçirildiği yerlerden birisi de mutfak alanıdır. Mutfakta da pek çok ev kazasının olduğu bilinmektedir. Bu kazalar, bir şeye uzanırken ya da

kayarak düşme, ateş ya da elektrik ile olabilen yanıklar, kesici aletlerle olan kesikler gibi farklı mekanizmalar ile ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle mutfak güvenliği çok önem taşımaktadır.

- Mutfakta uzun bir tezgahın olması sizlerin rahat iş yapabilmenizi sağlayacaktır.
- Eviye, ocak ve bulaşık makinasının iş sistemine uygun olarak yerleştirilmesi de kazaların azalmasını sağlayacaktır.
- Mutfak dolabının rafları, sizlerin tehlikeli hareketlerini engellemek için kolay erişilebilir olmalıdır. Sizler için raf yüksekliğinin 140 cm olması ideal olacaktır. En alçak raflar ise 40 cm'de olmalıdır.
- Mutfakta ocaklar sabit olmalıdır.
- Mutfakta oturarak çalışabileceğiniz bir düzen kurabilirsiniz.
- Mutfakta elektrikli aletler ocaktan ve lavabodan uzak olmalıdır.

Elektrik Tesisatı: Evde güvenli bir elektrik tesisat sistemi olmalıdır. Ayrıca, elektrik kabloları ile ilgili uyulması gereken pek çok kural bulunmaktadır.

- Elektrik, telefon vb kablolar açıkta ve takılmaya, düşmeye yol açabilecek biçimde olmamalıdır.
- Aşınma, zedelenmeye yol açacak yangın riskine neden olabilecek elektrik kablolarının üzerine eşya konmamalıdır.
- Elektrik fiş ve prizleri (topraklı) geceleri acil durumlarda kolayca görünebilecek özellikte (ışınım, ışıklı vb) olmalıdır.
- Elektrik kabloları mutfak, banyo gibi su kullanılan alanlarda elektrik çarpmasını önleyici özellikte olmalıdır.
- Elektrik kablolarında aşınma olmamalıdır.
- Aydınlatma için kullanılan aletler temiz ve iyi durumda/ bakımlı olmalıdır.
- Elektrik düğmelerinin kolay ve ulaşılabilir yerde olması gerekmektedir.

Telefon Bulundurma: Acil olarak yakınlarınıza ulaşmanız gereken herhangi bir durumda size en gerekli olan şey telefon olacaktır.

- Acil telefon numaralarını (ambulans, yangın vb) her telefona yapıştırınız.
- Rakamları kolayca seçilen telefonları tercih ediniz.

- Mümkünse her odada telefon olmasını sağlayınız. Telefonların düşme sonrasında kullanılabilmesi için yerden uzanabilecek mesafede olmasını sağlayınız.
- Çok uzun süre yalnız kalıyorsanız banyo, mutfak ve sürekli bulunduğu alanlarda da telefon olmasını sağlayınız.
- Cep telefonu da kullanılabilirsiniz. Ancak cep telefonunun pilinin dolu olmasına zen gösteriniz.

İlaçların Saklanması: Sizlerin devamlı kullanmanız gereken pek çok ilaç bulunmaktadır. İlaçların saklanması ve karıştırılmaması için dikkat edilmesi gereken kurallar bulunmaktadır.

- İlaçlar güvenli yerlerde depolanmalıdır.
- İlaçlar kendi kutularında tutulmalıdır.
- Yanlış ilaç kullanımının engellenmesi amacıyla ilaç kutularının üzerine büyük harfi gibi çeşitli uyarıcılar yazılmalıdır.
- Günlük ya da haftalık ilaç kutuları kullanmanız ilaçlarınızı muntazam almanızı sağlayacaktır.

Sizin de ev içindeki kıyafet ve terlik seiminizde dikkatli olmanız gerekmektedir. Ayak tabanı kaymayan terlik ya da ayakkabı giymeyi tercih ediniz. Ev içinde ayak bileğinizi destekleyen kauçuk tabanlı veya alçak topuklu ayakkabılar giyiniz. Sadece oraplarla merdiven ve kaygan zeminde yrmemeye zen gösteriniz. Etek veya pantolon boyunuzu ayaklarınızın takılmasına izin vermeyecek şekilde olmasını sağlayınız.

Bölüm 22

Yaşlı tüketiciler pazarı ve taraflara neriler

Prof.Dr. Müberra Babaoğul

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Aile ve Tüketiciler Bilimleri Bölümü ğretim yesi

Yaşlanma doğumdan ölüme kadar bir büyüme ve gelişme sürecidir. Yaşlılık ise doğal seyreden yaşam sürecinde doğum ile ölüm arasındaki en son aşamadır. Başka bir deyişle yaşlılık zaman faktörüne bağlı olarak kişinin değişen evre koşullarına uyum sağlama gücü ve

organizmanın dış ve iç etkenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması böylece yaşlanma ile ölüm olasılığının yükselmesidir.

Yaşlılık kuşkusuz göreceli bir kavramdır ve kesin rakamlarla ifadelendirmek oldukça güçtür. Ancak hücre ve dokulardaki yaşlanma (biyolojik yaşlanma) dikkate alınarak 60-74 yaş arası yaşlılık dönemi olarak kabul edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nün 1963 yılında Kiev'de düzenlediği ve Yaşlıların Sağlık Sorunlarını ele alan bir toplantıda kronolojik olarak yaşlılık;

- Orta yaş (45-59 yaş)
- Yaşlılık (60-74 yaş)
- İleri yaşlılık (75 + yaş)

şeklinde üç aşamada açıklanmıştır. Birleşmiş Milletler tarafından da 60 yaş yaşlılığa geçiş yaşı olarak kabul edilirken, ülkemizde ve gelişmiş ülkelerdeki çalışmalarda emeklilik ve yaşlılık kavramları iç içe olup birlikte ele alınmaktadır ve sıklıkla kullanılan yaşlılık sınırı 65 yaşdır.

Dünyada ve aynı zamanda ülkemizde toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Avrupa Toplulukları İstatistik Bürosu Eurostat'ın 2004 yılı verilerine göre, her 6 AB vatandaşından biri 65 yaş ve üstünde bulunmaktadır. 2030 yılında Avrupa nüfusunun dörtte birini yaşlıların oluşturacağı öngörülmektedir. ABD Nüfus İstatistik Bürosu'nun 2002 yılı verilerine göre, Amerika'da 50 yaş üstü nüfusun 76 milyon olduğu belirtilmektedir. 2015 yılında bu yaş grubunun ülke nüfusunun %2,5'ini oluşturacağı düşünülmektedir. 50 yaş ve üstü kesim şu anda 1.6 trilyon dolarlık alım gücüyle ABD'deki en büyük tüketici grubu olarak görülmektedir. Ülkemizde ise Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün 2003 tarihli verilerine göre; 65 yaş ve üstü nüfus genel nüfusun %8'ini oluşturmaktadır. Yani Türkiye'de yaklaşık 6 milyon yaşlı bulunmaktadır. Ancak bundan 10 yıl sonra yaşlı nüfusun oranının %11.4'ü bulacağı tahmin edilmektedir.

Yaşlı Tüketicilerin Talepleri

Dünyadaki hızlı değişimle birlikte yaşlı nüfusun artması, işletmelerin ürettiği ürün ve hizmetleri ve bunların pazarlama biçimlerini de değiştirmektedir. Bu değişimle birlikte farklı bir tüketici kitlesi ortaya çıkmakta ve yeni pazar fırsatları oluşmaktadır. İstatistiklere göre bugün dünya üzerinde yaşayan her 10 kişiden biri yaşlı yani 65 yaşın üzerinde bireylerdir. Günümüzde yaşlılar hayatlarını evlerine kapanıp televizyon izleyerek ya da örgü öreerek geçirmemekte enerjisi yerinde, parası ve zamanı bol “yeni yaşlılar” önlerinde daha uzun yıllar olduğu bilinciyle hayatın tadını çıkarmaya çalışmaktadırlar. Bu açıdan bakıldığında, günümüzde 60 yaş ve üzeri grup yeni deneyimlere açık, gezip görmeyi seven, teknolojiyi

takip eden, hobilere ve eğlenceye zaman ayıran bireyler olarak karşımıza çıkmakta ve pazarda yeni ve değişen fırsatlar oluşmaktadır

Yaşlılar Pazarında Değişen (Gelişen) Fırsatlar

Alan	Eğilimler	Gelişen Uğraşlar
Ev	Kolaylığa ve boş zaman değerlendirmeye uygun	Oyunlar, video, yemek pişirme ve ev işlerinde pratik yöntemler
Sağlık	Besleyici doğru yiyecek ihtiyacı ve egzersiz imkanı	Evde bakım ve sağlıklı besinler
Seyahat&Tatil	Tatil zamanı değerlendirilen gelirler	Deniz gezintisi ve turizm
Mali Plan	Emeklilik planlarında gereklilik geçmişe göre daha iyi gelir	Kurumsal yatırım ve yeni iş sahaları
Sağlık&Sağlığa Uygunluk	Gençliği yeniden kazanma ve yaşlanmayı geciktirme	Kozmetik, cerrahi vitaminler, deri tedavileri ve lensler
Eğitim	Kolej ve kolejlerin sayısının azalması, çocukların “nasıl” eğitileceği; daha uygun kitap ve videolar, öğrenmeye yönelik davranışlar.	Yaşlılar arasında yardımlaşma, daha iyi eğitilmiş tüketiciler.

Demografik değişime bağlı olarak yaşlı tüketiciler için gelecekte ortaya çıkabilecek önemli pazar fırsatları ve talepler şöyle özetlenebilir:

Sağlık: 65 yaş ve üstündeki kişilerin yaklaşık % 80'inin en az bir kronik rahatsızlığı vardır. Bu hastalıklar daha çok eklem rahatsızlığı, yüksek tansiyon, işitme ve görme yetersizlikleri ve kalp rahatsızlıkları şeklinde sıralanabilir. Sağlık sorunu olan kişiler gelecekte özel sağlık hizmetleri, emeklilikte evde bakım ve sağlık araç gereçleri açısından iyi pazar fırsatları sunabilir. Gelecekte yaşlı tüketici sonsuza dek sağlıklı olmak isteyecek; Yaşlı tüketicilerin, arabalarını yılda bir kez servise götürür gibi, teşhis amaçlı düzenli kontroller yaptırmak için belli bir ücret ödeyecekleri sağlık bakım tesisleri olacak ve hafif yiyecek, düşük kalorili içecek, ev egzersiz aletleri, vitamin, güzellik ve cilt bakım kozmetiklerine talep artacaktır. Onları daha genç ve sağlıklı gösterecek her şeye talep artacaktır.

Konut: Yaşlılıkla birlikte kişinin sosyal, ekonomik, psikolojik ve fiziksel gereksinimleri de değişmektedir. Özellikle fiziksel hareketlerinin yavaşlaması ve azalması konut koşullarında özel talepleri ortaya çıkaracaktır. Yaşlılık döneminde olan bir aile veya kişinin konut ihtiyacı daha genç aile veya kişilerin ihtiyaçlarından farklıdır. Yaşlıların bu dönemdeki ekonomik şartları, sağlık durumları, zamanlarının çoğunu evde geçirmeleri, bağımsız ve yalnız olarak yaşamak istemeleri gibi nedenlerle gelecekte daha küçük kullanışlı, tek katlı ve daha konforlu ve fiziksel değişimlerine uygun donanımlar ve emniyet tertibatlarına sahip konutlara ihtiyaç duyacaklardır.

Eğlence: Gelecekte insanlar, ister çalışma olsun, ister alışveriş ya da tüketim, yaptıkları her işte eğlenmek isteyeceklerdir. Özellikle yalnız yaşayan ve boş zamanı olan yaşlı tüketiciler seyahat ve eğlence sektöründe yeni pazar fırsatları ve talep yaratacaklardır.

Medya: Avrupa ve Amerika'da bir grup medya günümüzün aktif yaşlılarının hayat tarzları hakkında yayınlar yapmaya başlamıştır. Hatta televizyon bunun için en önemli araçtır. Çünkü yaşlılar onu topluma açılan bir pencere olarak görmektedir. Yaşlılar diğer ev halkından %60 daha çok televizyon seyretmekte, haber ve günlük olaylara daha çok önem vermektedirler. Bu noktadan hareketle; medya sektörü hedef alınan demografik yapıyı bilerek ürün ve hizmetlerle ilgili özel gruplara yönelik yayınlar yapmalıdır. Özel ilgi alanlarına yönelik dergiler ve gazeteler ve haberler çıkarmalıdır. Gelecekte yaşlı pazar bölümüne yönelik özel dergiler, gazetelerde haberler ve özel televizyon programlarına talep daha da artacaktır.

Ulaşım: Yaşlı tüketiciler için, toplu taşıma araçları bağımsızlık, hareket serbestliği ve uygunluk sağlayamadığı için ulaşımda özel araçlar önemlidir. Bu nedenle gelecekte yaşlı tüketiciler için (kolay kullanılan, kapı kolları kolay açılan, düğmeleri rahat görülebilen vs.) özel araçlar üretilebilir ve bu tip araçlara talep artabilir.

Mali Sektör: Yaşlı tüketicilerin alışverişlerinde dikkat ettikleri en önemli faktörlerden biri güvendir. Alışveriş yaptıkları kişi veya kuruluşa güvenmek isterler. Bu nedenle, özellikle sahip oldukları para, hisse senedi, tahvil gibi kıymetli değerlerini emanet edebilecekleri güvenilir kişi ve kuruluşlara ihtiyaç duyacaklar ve bunu talep edeceklerdir.

Yaşlı Tüketicilerin Sorunları

Bugüne kadar ülkemizde tüketici konusunda yapılan araştırmalar çoğunlukla genç tüketiciler üzerine yoğunlaşmaktadır. Dünyada ve ülkemizde yaşanan demografik değişimler dikkate alındığında, yaşlı pazar bölümüne yönelik bilimsel çalışmaların gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Özellikle yaşlılık döneminde önem kazanan ve incelenmesi gereken konulardan biri de, yaşlıların satın alma sırasında karşılaştıkları sorunlardır. Çünkü yaşlılar pazardaki tutumları, görüşleri ve deneyimleri ile nüfusun diğer bölümleri kadar değişiklik gösteren, tüketim kararlarını kendileri veren bireylerdir.

Ancak yaşlılar;

- Bir yandan ortaya çıkan fiziksel gücün ve bağımsızlığın azalması, duyu organlarının zayıflaması ya da kaybı, mafsalsal romatizması nedeniyle el, parmak ve eklemlerin rahat hareket ettirilememesi, felç, doku sertleşmesine bağlı olarak hareketlerde meydana gelen yavaşlama ve bu nedenle bir işi yapmak için gereken hareket sayısının artması ile zihinsel süreçlerde meydana gelen algılama, kavrama ve koordinasyonda güçlükler vb. sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam

aktivitelerini yerine getirirken zorlanabilmekte ve çevrelerine daha bağımlı hale gelmektedirler.

- Diğer yandan da, bu dönemde yaşlıların işten ayrılmaları ve emeklilik dönemine girmeleri ile birlikte gelir düzeyleri diğer yaşam dönemlerine göre düşmektedir. Bu durum fiziksel ve zihinsel yetersizliklerinin yanı sıra, piyasada üretilen çok çeşitli mal ve ürün arasından seçim yapmalarını ve uygun fiyatta, kaliteli ürün, bulabilmelerini de zorlaştırmaktadır. Ayrıca üreticilerin, yaşlıların vücutlarında olan değişiklikleri ve ihtiyaçlarını dikkate almadan üretim yapmaları, mağaza içi düzenlemeler de bu değişikliklerin dikkate alınmaması ile mağaza personelinin tutum ve davranışları da yaşlıların giyim, gıda, dayanıklı tüketim malları vb. çeşitli mal ve hizmetleri satın alırken, farklı sorunlarla karşılaşmalarına neden olabilmektedir. Karşılaşılabilecek bu sorunlardan bir çoğu tüm yaş grupları için söz konusu olmakla beraber, yaşlıların özel durumları nedeniyle onlar için daha fazla önem kazanmakta olup, diğer tüketici gruplarına göre de daha fazla sorun yaşamaktadırlar.

Gıda Maddelerini Satın Alırken Karşılaştıkları Sorunlar

Yaşlılıkta yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı yaşamın sürdürülmesinde beslenme önemli bir role sahiptir. Fakat yaşlı bireyler gıda maddelerini satın alırken, çeşitli sağlık sorunları ve fiziksel yetersizliklerin ortaya çıkması, pazara sunulan gıda maddeleri hakkında yeterli bilgiye sahip olamama gibi nedenlerle; istedikleri özel diyet ürünlerini veya markaları bulamamakta, aradıkları gıda maddelerini bulsalar bile çok çeşitli olması nedeniyle kalitesini ve güvenilirliğini ayırt etmekte zorlanabilmektedirler. Ayrıca yaşlılar farklı sağlık sorunları nedeniyle büyük ebatlardaki gıda maddelerini taşımakta ve ambalajlarını açmakta, alt raflardan veya donduruculardan gıda maddelerini alırken uzanmakta, eğilmekte, etiket bilgilerinin (üretim ve son kullanma tarihi, gıda maddeleri hakkındaki bilgiler, içerikleri, kullanım şekli, saklama koşulları vb.) açık, anlaşılır ve büyük harflerle yazılmamış olması nedeniyle okumakta güçlük çekebilmektedirler.

Giyim Eşyalarını Satın Alırken Karşılaştıkları Sorunlar

Vücutlarındaki fiziksel değişiklikler nedeniyle pek çok yaşlı, işlevsel olmasının yanında vücutlarına uyan, kullanımı rahat ve şık kıyafet bulmakta oldukça zorlanmaktadır. Çünkü günümüzde pazara daha çok genç insanların tercihleri doğrultusunda standart ölçü ve modellerde giyim eşyaları sunulmaktadır. Bu durumda yaşlı bireyler, istedikleri renk, ölçü, ve modelde giyim eşyası bulamamakta, mevcut olan giyim eşyalarını satın alırken ise fiziksel hareketlerdeki yetersizliklerinden dolayı kolay giyinip çıkarmada güçlük çekebilmektedirler. Tüm bunların yanı sıra giyim eşyaları üzerindeki etiket bilgilerinin yaşlıların okuyabileceği şekilde büyük harflerle yazılmaması, fiyatlarının yüksek olması ve özel indirimlerin yapılmaması yaşlıların giyim eşyası satın alırken karşılaştıkları diğer sorunlar arasında yer almaktadır.

Dayanıklı Tüketim Mallarını Satın Alırken Karşılaştıkları Sorunlar

Yaşlı bireylerin hayatı kolaylaştıracak, pratik ve rahat kullanılabilir araçlara diğer insanlara oranla daha fazla ihtiyaçları vardır. Çünkü yaşlılık döneminde yalnız veya eşi ile birlikte yaşayan yaşlılar; temizlik yapma, çamaşır yıkama, yemek hazırlama vb. günlük faaliyetlerini yerine getirirken fiziksel yetersizlikler ve olabilecek çeşitli sağlık sorunları nedeniyle zorlanabilmektedirler. Bu nedenle basit düzeneklere sahip, kullanımı, bakımı ve temizlenmesi kolay ve emniyetli olan yardımcı araçlara ihtiyaç duyabilmektedirler. Fakat ihtiyaç duyulan araçların kullanım mekanizmalarının karmaşık olması, kolay alınabilecek, tutulabilecek, daha

az güç ve hareketle kullanılabilir şekilde alet ve araçların dizayn edilmemesi, etiket bilgilerinin büyük harflerle yazılmaması, ürün kullanımı hakkında gerekli bilgileri içermemesi yaşlıların bu araçları kullanırken güçlük çekmelerine ve günlük faaliyetlerini yerine getirirken zorlanmalarına neden olabilmektedir.

Mağaza Düzenlemeleri İle İlgili Karşılaştıkları Sorunlar

Pazarlama faaliyetlerinin önemli bir bölümünü oluşturan mağaza içi düzenlemeler yaşlı bireylerin satın alma sırasında çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmalarına sebep olan önemli faktörler arasındadır. Örneğin, mağazanın çok büyük olması, merdivenlerin çok dik ve dar olması, tırabzanlarının olmaması, yürüyen merdiven ve asansörlerin düzenlenmemesi, yaşlıların yorulduklarında dinlenebilecekleri alanların ve odaların oluşturulmaması, yaşlılar için düzenlenmiş özel bölümlerin ve satın aldıkları eşyaları koyabilecekleri yerlerin olmaması, her bölümde yaşlılar için ayrı ödeme kasalarının yerleştirilmemesi, mağaza içinde tuvaletlerin olmaması veya uzak olması, giyinme kabinlerinin dar ve aydınlatmasının yetersiz olması, kabinlerdeki elbise asma yerlerinin çok yüksek olması nedeniyle rahatlıkla uzanamama, tezgah ve rafların gereğinden fazla yüksek veya alçak olması, kapıların rahatlıkla açılıp kapanmaması, ağır alışveriş arabalarını itmekte zorlanma, ürünlerin yerlerini gösteren işaretlerin bulunmaması veya yeterince açıklayıcı olmaması, mağaza personelinin ilgili sabırlı ve nazik olmaması, bir ürün hakkında bilgi istendiğinde personel tarafında yeterli açıklamaların yapılmaması ve ürünlerin yerlerinin gösterilmemesi, personelin yaşlıların satın aldıkları ürünleri taşımalarına yardımcı olmaması ve yaşlıların görme, işitme, zor hareket etme vb. sağlık sorunlarının dikkate alınmaması, yerlerin parlak ve kaygan olması nedeniyle düşme tehlikelerinin yaşanabilmesi gibi birçok faktör yaşlıların satın alma sırasında karşılaştıkları mağaza içi sorunlar arasında yer almaktadır.

Tüm bu sorunlar göz önüne alındığında yaşlılıkta bağımsız yaşama isteğini karşılayabilecek ve yaşlılığı “düşkünlük” “yetersizlik” “mutsuzluk” duygularından arınmış olarak hayatın daha huzurlu geçirilebileceği bir dönem olmasını sağlamak için verilebilecek öneriler şöyle özetlenebilir:

Üretici ve Satıcılara Öneriler:

- Üretici ve satıcılar; yaşlı bireylere yönelik pazarlama faaliyetlerini gerçekleştirirken rahatlık, güvenlik, uygunluk, sosyal değerlerle bağdaşma gibi faktörleri göz önünde bulundurarak, bu grubun ihtiyaçlarına, mal ve hizmet taleplerine yönelik üretim, pazarlama ve satış teknikleri uygulamalıdır.

- Yaşlı bireylerin satın alma sırasında zorlanmaması için mal ve ürünler üzerindeki etiketlerin mutlaka açık, anlaşılır ve okunaklı harflerle yazılmış olması gereklidir.

- Fiyat etiketleri yaşlıların kolaylıkla görebilecekleri ve rahatlıkla okuyabilecekleri yerlere konulmalıdır.

- Yaşlı bireylerin fiziksel özellikleri, rahatsızlıkları ve tercihleri dikkate alınarak; rahat giyilip çıkarılabilen, kullanımı kolay, bedenlerine uygun, istenilen renk ve modelde giyim eşyalarının pazara sunulmalıdır.

- Yaşlı bireyler farklı sağlık sorunları nedeniyle özel diyet ürünlerine ihtiyaç duyabilmektedir. Yaşlıların bu ihtiyaçlarını karşılayacak ürünlerin üretimi ve piyasaya sunulması teşvik edilmelidir.

- Yaşlıların fiziksel rahatsızlıkları göz önünde bulundurularak ürünlerin, kolay taşınabilecek şekilde ve gramajı az olan paketler halinde ambalajlanması sağlanmalıdır.

- Yaşlıların daha az güç sarf ederek ve zorlanmadan kullanabilecekleri, basit düzeneklere sahip araçlar dizayn edilmelidir.

- Yaşlıların alışverişi daha rahat ve zorlanmadan yapabilmeleri için, mağaza içinde; havalandırma ve aydınlatmanın yeterli olmasına, zeminin kaygan ve parlak olmamasına özen gösterilmelidir.
- Yaşlı bireyler sağlık sorunları ve fiziksel hareketlerindeki zorlanmalar nedeniyle daha çabuk yorulmaktadırlar. Bu durum göz önünde bulundurularak mağaza içinde çeşitli bölümlerde dinlenme alanları oluşturulmalıdır.
- Yaşlı bireylerin rahat hareket etmeleri için kutular, özel tezgahlar, raflara ürün götürmede kullanılan arabalar ve bölümlerde bulunabilecek vb. eşyaların ortalıkta bırakılmamasına özen gösterilmelidir.
- Tezgah ve raflar yaşlıların zorlanmadan rahatlıkla uzanabilecekleri yükseklikte olmalıdır. Çok sayıda mal ve ürün üst üste konmamalı, ağır ürünler mümkün olduğunca rahatlıkla uzanılacak ve alınabilecek şekilde yerleştirilmelidir.
- Mal ve ürünlerin yerlerini gösteren işaretlerin kolaylıkla görülebilecek ve uzaktan rahatlıkla okunabilecek şekilde hazırlanması gereklidir.
- Mağaza içinde yaşlı bireylerin giyim eşyalarını rahatlıkla deneyebilmeleri için giyinme kabinlerinin; rahatlıkla hareket edebilecek genişlikte ve oturma yerlerinin planlanmasına, elbise asma yerlerinin rahat uzanılacak yükseklikte olmasına ve yeterli aydınlatmanın sağlanmasına dikkat edilmelidir.
- Yaşlılar için özel bölümler ve ayrı ödeme kasaları düzenlenmelidir.
- Yaşlı bireylerin mağaza içinde rahatlıkla alışverişlerine devam edebilmeleri için, satın aldıkları eşyaları koyabilecekleri düzenlemeler yapılmalıdır.
- Mağaza içinde tuvaletler yaşlıların rahatlıkla ulaşabilecekleri yerlerde düzenlenmelidir.
- Satın alma sırasında yaşlılar herhangi bir sorunla karşılaştıklarında (örneğin; raftan ürün almak gerektiğinde, satın alınan eşyaların taşınmasında, ürünlerin yerleri bulunamadığında vb.) mutlaka mağaza personelinin yardımcı olması sağlanmalıdır.
- Yaşlı bireyler satın alma sırasında gereksiz yere bekletilmemelidir.
- Mağaza personelinin, mal ve ürünler hakkında bilgi sahibi olması, yaşlıların fiziksel ve psikolojik ihtiyaçları konusunda eğitilmiş olması, güler yüzlü ve saygılı davranması yaşlıların daha rahat bir alışveriş yapmalarını sağlayacağından bu konuya özen gösterilmelidir.
- Yaşlıların rahatlıkla mağazalara gitmelerini ve alışveriş yapmalarını sağlama için, onları evlerinde veya evlerine yakın bir yerden alabilecek ve tekrar evlerine bırakacak ulaşım hizmetleri mağazalar tarafından düzenlenmelidir.
- Yaşlılar için piyasaya mevcut olan ve yeni çıkan ürünler hakkında tanıtıcı programlar yapılmalı ve bilgi verilmelidir.

- Ülkemizdeki yaşlı grubun antropometrik ölçüleri belirlenerek gerek giyim eşyaları, araç-gereçler, gerekse fiziksel çevre düzenlemeleri konusunda belirli standartlar oluşturulmalı ve bu ölçümlere yönelik araştırmalarda, belli zaman dilimleri içinde tekrar edilmelidir. Üretici ve satıcılarında bu araştırmalardan elde edilen antropometrik ölçümleri göz önünde bulundurarak yaşlı bireylerin istek ve ihtiyaçlarına yönelik üretim ve düzenlemeler yapılmalıdır.
- Pazarlama stratejilerinin geliştirilmesi sürecinde yaşlı pazar bölümüne yer verilmelidir ve ülkemizde bu pazar bölümüne yönelik bilimsel çalışmalar yaygınlaştırılmalıdır.
- Yaşlı tüketiciler için güven duygusu çok önemlidir. Bu nedenle risk almak istemezler. Yaşlı tüketicilere yönelik olarak finans, sigorta, yatırım, sağlık ve ev bakım hizmetleri konusunda çalışmalar yapılmalıdır.
- Yaşlı tüketiciler genellikle emekli oldukları için alışveriş ve diğer faaliyetler için daha fazla zamana sahiptirler. Bu durum dikkate alınarak, hedef alınan yaşlı pazar bölümüne yönelik olarak (özellikle emekli kesime) boş zaman değerlendirme fırsatı sunulabilir. Örneğin yaşlıların alışveriş yaptığı sabah saatlerinde onların ihtiyaçlarına uygun ürün ve hizmetlerde indirimler yapılabilir.
- Yaşlı tüketicilere yönelik en etkili kitle iletişim aracı televizyondur. TV’de yaşlı tüketicilere yönelik eğitici ve bilgi verici programlar yapılabilir.
- Yaşlıların fiziksel açıdan hareketleri yavaş ve sınırlı olduğu için ürün ve hizmet geliştirilirken karmaşık olmayan, kullanımı kolay, taşınması kolay ürünler geliştirilmelidir.
- Yaşlı tüketicilere yönelik uygun fiyat, ürün güvencesi, kullanım kolaylığı (yürümekte zorlananlar için tekerlekli sandalye veya yürüyen merdivenler) park ve dinlenme alanları gibi ekonomik ve sosyal olanaklar sunulmalıdır. Diğer taraftan çalışanlar iyi davranmalı ve onlara iyi ilişkiler kurmalıdırlar. Çünkü yaşlılar kişisel ilişkilere büyük önem vermektedirler.
- Yaşlıların alışveriş yapmaya eğilimleri olan ve ön plana çıkan torunlara ve çocuklara hediyedir. Buna yönelik yani torunlara ve çocuklara yönelik hediyelik eşyalar en uygun şekilde onlara sunulmalıdır.
- Yaşlı tüketicilerinde demografik özelliklerine bağlı olarak tercih ettikleri ürün ve hizmetler farklılık göstermektedir. Bu nedenle farklı tüketiciler için farklı ürün ve hizmet grupları geliştirilmelidir.
- Yaşlıların yaşlarına, yaşam tarzlarına ve psiko-sosyal özelliklerine göre pazar bölümleri oluşturulmalı ve buna yönelik pazarlama stratejileri geliştirilmelidir. Örneğin; kullanımı kolay (fiziksel yetersizlikleri nedeniyle) ve basit, renkleri canlı (görme güçleri zayıf olduğu için) ürünler geliştirilerek bunlar kısa ve anlaşılır reklamlarla tanıtılmalıdır.

Yaşlı Tüketicilere Öneriler:

- Marketlerin ve alışveriş merkezlerinin yoğun olmadığı, hafta içi uygun saatlerde alışveriş yapmak tercih edilmelidir.
- Alışverişe giderken mevsim şartlarına uygun rahat bir kıyafet ve ayakkabı kullanmaya özen göstermelidirler.
- Ulaşımı kolay, evlerine yakın market ya da alışveriş merkezlerini tercih etmelidirler.
- Ağır market çantalarını taşımaktan kaçınmalı, gerekirse evlerine kadar servis hizmeti veren market ya da alışveriş merkezlerini tercih etmelidirler.
- Daha sık ve daha az satın almalıdırlar.
- Unutkanlık durumlarını göz önünde bulundurarak, alışverişe çıkmadan önce bir alışveriş listesi hazırlamalıdırlar.
- Alışveriş sonrasında değiştirme ya da malın ayıplı olması halinde yasal haklarını kullanabilmeleri açısından mutlaka fiş veya fatura talep etmelidirler.
- Gerekli durumlarda mağaza çalışanlarından yardım ve bilgi talep etmelidir.
- Giyim eşyası satın alırken mutlaka denemelidirler.
- Ürün ambalajlarında verilen bilgileri okumalı ve son kullanma tarihlerini kontrol etmelidirler
- Kasalarda verilen para üstü dikkatle sayılarak kontrol edilmeli, eğer gerekiyorsa yakınlarından biri refakatinde alışverişe çıkılmalıdır.
- Yaşlı tüketiciler özellikle kapıdan satışlarda satıcılar tarafından kolaylıkla kandırılmakta ve mağdur olmaktadır. Bu nedenle kapıdan alışveriş yapmaktan kaçınmalıdırlar. Kapıdan satış yoluyla aldıkları bir ürünü teslim aldığı tarihten itibaren **yedi gün içerisinde hiçbir gerekçe göstermeden reddetme haklarının olduğunu ve bu süre içinde hiçbir şekilde ödeme yapmak zorunda olmadıklarını bilmelidirler.** Satış sözleşmesinde; malın veya hizmetin teslim tarihinin, vergiler dahil peşin satış fiyatının, mal veya hizmetin nitelik ve niceliğine ilişkin açıklayıcı bilgilerin, cayma hakkını kullanmak istediğinde, bu bildirim yapacağı yerin açık adresinin olup olmadığını kontrol etmelidirler.
- Yaşlı tüketiciler, satın aldıkları ürünlerle ilgili bir sorun yaşadıkları zaman genellikle mağaza ile uzlaşma yoluyla sorunlarını çözmeye çalışmakta ve bazı durumlarda haksızlığa uğramaktadırlar. İlçe kaymakamlıklarında faaliyet gösteren “**Tüketici Sorunları Hakem Heyetleri**” kanalıyla haklarını aramalıdırlar. Hakem Heyetlerine şikayet konusunu içeren yazılı bir dilekçe ve konuya ait belgelerle (fatura, satış fişi, garanti belgesi, sözleşme vb.) ücretsiz olarak başvurabilirler. Aynı zamanda 4822 Sayılı Kanun ile Değişik 4077 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun’da belirtilen hakları konusunda da bilgi sahibi olmalıdırlar.

- Yaşlı tüketiciler, duyularının zayıflaması ya da görme yetersizlikleri nedeniyle satın alma sırasında ürünlerdeki ayıbı çoğu zaman fark edememektedirler. Malın ayıplı olduğunu kullanmaya başlamadan önce anladıkları takdirde, teslim aldıkları tarihten itibaren 30 gün içerisinde satıcıya şikayetlerini iletmelidirler. Bu durumda 4 seçimlik haklarından birini kullanabilirler: Bu haklar;

- 1) Ödedikleri bedelin iade edilmesini,
- 2) Malın ayıpsız olanıyla değiştirilmesini,
- 3) Ayıbın neden olduğu değer kaybının bedelden indirimini,
- 4) Ücretsiz olarak tamir edilmesini talep edebilirler..