

YAŞLILIK VE KADIN SAĞLIĞI Prof. Dr. Yeşim Gökçe-Kutsal* Dr. Serpil Bal**

“ Yıllar bizi buldukları gibi bırakmıyorlar”
Owen Meredith

Biyolojik bir olay olan yaşlanma döllenme ile başlayan ve hayat boyu devam eden bir süreçtir. Organizmada molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan yaşlanma, geri dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin bir sonucudur. Günümüzde beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte, yaşlı popülasyon her geçen gün artmakta ve klinisyenler bu yaş grubunda görülen sağlık sorunları ile daha sık karşılaşmaktadırlar. Bu durum hekimler açısından konunun önemini daha da arttırmıştır.

Kadınların beklenen yaşam süreleri erkeklere oranla daha uzundur (Tablo 1) (İnanıcı F, Gökçe-Kutsal Y, 1997). Ayrıca kadınlar bazı tıbbi durum ya da hastalıklara erkeklere oranla daha fazla yatkınlık göstermekte ve yaşamları boyunca bu nedenlerden dolayı sağlık merkezlerine daha sık başvurumaktadırlar (Cassel CK ve ark 1988). Erkekler ve kadınlar arasındaki psikolojik ve fizyolojik farklılıkların varlığı da göz önüne alındığında, yaşlanmanın kadın sağlığı açısından ayrı bir antite olarak ele alınması ve değerlendirilmesi gerekir.

Yaşlılarda Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanmaya bağlı ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler her bireyde farklı tip ve hızda olmakta, oldukça heterojen bir özellik göstermektedir. Çünkü yaşlanmayı etkileyen genetik özellikler, çevre, psikolojik durum veya yaşam biçimi gibi birçok faktör bireyden bireye farklılık göstermektedir. Biyolojik yaşlanma sürecinde, ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler normal koşullar altında belirgin fonksiyonel kayba neden olmazlar, ancak fizyolojik rezervlerde ve homeostatik yanıtlarda bir azalma meydana gelmektedir. Bu değişikliklere bağlı olarak vücudun çeşitli stres ve değişen koşullara adaptasyonu azalmakta ve bazı hastalıklar daha sık görülmekte ya da travmalara duyarlılık artmaktadır (Özgül A, 2000). Yaşlı bireylerde sık görülen sağlık problemleri belirlenmiş ve İngilizce baş harfleri dikkate alınarak yaşlılığın 7 l'si olarak sınıflandırılmıştır. Buna göre yaşlılığın 7 l'si şunlardır (İnanıcı F, Gökçe-Kutsal Y, 1997):

1. Intellectual failure (bilişsel yetersizlik)
2. Immobility (hareketsizlik)
3. Instability (Dengesizlik)
4. Incontinence (İnkontinans)
5. Insomnia (Uykusuzluk)
6. Iatrogenic problems (İyatrogenik problemler)
7. Involvement of families (Ailelerin katılımı)

Yaşlanmayla birlikte tüm organ ve sistemlerde değişiklikler meydana gelmektedir.

Solunum Sistemi

Akciğer dokusunun kompiyansında azalma, kıkırdak kostalarda kalsifikasyon ve göğüs kafesini oluşturan iskelette meydana gelen dejenerasyon ve solunum kaslarının fonksiyonlarındaki azalma, ilerleyen yaşla birlikte akciğerlerin total hacminde azalmaya neden olmaktadır. Yaşlanmaya bağlı olarak solunum fonksiyon testlerinde vital kapasite, maksimum istemli ventilasyon ve ekspiratuar akım hızında azalma meydana gelmektedir. Sigara içmeyen bir erkekte zorlu vital kapasite her dekada 0,15-0,3 L, zorlu ekspiratuar **volüm ise 0,2-0,3 L azalma gösterirken, bu azalma kadınlarda daha az oranda ve daha uzun zamanda meydana gelmektedir (Berg R ve Morgenstern NE, 1997).**

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdür

** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Yine yaşlanmayla birlikte öksürme refleksi azalır, muko-siliyer aktivite yavaşlar ve etkinliği azalır. Dolayısı ile akciğer enfeksiyonları riski artar.

Yaşlılarda en sık rastlanan solunum sistemi hastalığı kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır. Sigara, hava kirliliği, infeksiyon ve mesleki risk faktörleri pulmoner rezervleri azalan yaşlı bireylerde kronik obstrüktif akciğer hastalığı gelişimine neden olurlar.

Pnömoni, hastane dışında ya da hastanede gelişmiş olsun yaşlılarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Konfüzyon, letarji, genel durumda bozulma gibi atipik semptomlarla ortaya çıkabilir, daha sık intravenöz antibiyotik tedavisi ve daha uzun hastanede yatış süresi gerektirebilir. Erken başlanan, uygun ampirik antibiyotik tedavisi, uygun beslenme ve hidrasyon, pnömokok ve influenza aşlarının uygulanması infeksiyonların sıklığını ve morbidite ve mortalite oranlarını azaltabilmektedir.

Kardiyovasküler sistem

Koroner arter hastalığı ve hipertansif kalp hastalıklarının yaşlı popülasyonda sık görülmesi, yaşa bağlı meydana gelen değişiklikler ve hastalıkların birbirinden ayırıldılmasında zorluk yaratabilmektedir. Yaşla birlikte büyük damarların çap ve duvar kalınlıklarında artma ve beraberinde esnekliğinde azalma, sistemik arteriyel basınçta yükselmeye neden olmaktadır. Bu değişiklikler sodyum alımının kısıtlanması ve aerobik egzersizlerle bir miktar önlenir. Sistolik hipertansiyon yaşla birlikte diyastolik kan basıncına göre daha fazla artış göstermektedir. Diyastolik kan basıncı ise, 60 yaşından sonra değişmez ya da azalma eğilimi gösterir. Yüksek sistolik kan basıncı strok ve kalp yetmezliği gibi hastalıklara zemin hazırlaması yönünden önemlidir ve mutlaka tedavi gerektirir (Gökçe- Kutsal Y, 2000a).

Yaşlanmayla birlikte kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişikliklerin bir kısmı önemli bir fonksiyon kaybına neden olmaz. Örneğin yaşlı bireylerde ektopik atımlar gençlere oranla daha sık görülmesine karşın klinik açıdan önem taşımazlar. Yine, sol ventrikül fibröz iskeletteki kalsifikasyonlar, aort ve mitral kapakçıkları etkileyerek, klinik olarak önem taşımayan üfürümlere neden olabilir. Oysa ki atriyoventriküler düğüm, atriyoventriküler demet ve bunun dallarındaki kalsifikasyonlar değişik derecelerde kalp bloğuna sebep olabilir (Berg R ve Morgenstern NE, 1997).

Periferik damarlardaki arteriosklerozis sonucu yaşlı bireylerde arteriosklerozis obliterans, akut emboli ve anevrizmalar sık olarak görülmektedir. Beraberinde risk faktörlerinin varlığı arteriyel hastalıkların görülme sıklığını arttırmaktadır. Bu konuda yapılmış bir çalışma erkeklerde yaşla birlikte kolesterol ve koroner arter hastalığı arasındaki ilişkinin azaldığını göstermekte, kadınlarda ise veriler daha değişken olmakla birlikte aynı ilişkiyi gösterir nitelikte olduğu belirtilmektedir (Palumbo ve ark, 1989).

Yaşla birlikte alt ekstremitelerde venlerinde genişleme ve staz meydana gelir. Beraberinde immobilizasyon veya cerrahi girişimler gibi risk faktörlerinin varlığında derin ven trombozu ve yüzeysel tromboflebit gelişme riski artmaktadır.

Gastrointestinal Sistem

Yaşla birlikte gastrointestinal sistemde sekresyonda azalma, motilitede yavaşlama ve absorpsiyonda azalma meydana gelir. Kas tonusunun azalması ile yiyeceklerin üst gastrointestinal sistemden mideye geçişi ve midenin boşalması yavaşlar. Bu değişikliklerin çoğu subklinik seyretmekle birlikte, özellikle pulmoner fonksiyonları azalmış olgularda önemli klinik sorunlara neden olabilir. Yaşlı bireylerde disfajinin birçok farklı nedene bağlı olarak gelişebileceği unutulmamalıdır. Servikal spondiloz, Parkinson hastalığı, inme, demans, ve tümörler de yaşlılarda yutma güçlüğüne neden olabilmektedir.

Hepatobiliyer Sistem

Yaşlanmayla birlikte karaciğer kütlesinde ve kan akımında azalma meydana gelir, karaciğerin metabolik kapasitesi azalır. Hepatik biyotransformasyon yavaşlar. Yaşa bağlı bu hepatik değişiklikler sigara, alkol, kafein ve ilaç kullanımı gibi bazı faktörlerin varlığında daha ağır seyredebilir. Özellikle ilk geçişte hepatik klirens uğrayan ilaçların etki süreleri uzayacağından dolayı bu ilaçların dikkatli kullanımları gerekmektedir.

Ürogenital Sistem

Normalde renal küttelede 30-80 yaş arası dönemde, çoğunluğu renal kortekste olmak üzere %25-30 civarında bir azalma söz konusudur. Bu azalma glomerüler kapillerde skleroz, nefron kaybı ve tübüler hücrelerde kayıp sonucu meydana gelir. Böbrek kitlesindeki bu azalmanın yaştan çok vücut kitlesi ile ilişkili olduğu ve renal fonksiyonlarda önemli bir bozukluk yaratmadığı düşünülmektedir (Kasiske BL ve ark, 1986). Kırk yaşından sonra her dekatta yaklaşık %10 oranında renal kan akımında azalma meydana gelir. Gençlere oranla yaşlı bireylerde sıvı rezervlerinin daha az olmasıyla birlikte, böbreklerin idrarı konsantre etme ve sodyum tutma yeteneklerinin azalması sonucu yaşlılarda dehidratasyon riski artmıştır. Beraberinde yaşlı bireylerde görülen susama hissinin azalması bu riski daha da arttırmaktadır.

Yaşlanmayla birlikte glomerüler filtrasyon hızı ve kreatinin klirensi azalır. Beraberinde vücut kas kütlesi de azaldığından serum kreatinin düzeyi etkilenmez.

Yaşlılarda steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçlar dikkatli kullanılmalıdır. Renal prostaglandinlerin inhibisyonu bu ilaçların azotemi, hiperkalemi, ödem, hiponatremi, hipertansiyon gibi potansiyel yan etkilerinin daha sık görülmesine neden olabilir.

Üriner sistem enfeksiyonları yaşlanmayla birlikte artış gösterir. Özellikle immünite, mobilizasyon ve idrar yapma sıklığında azalma, sistosel varlığı, östrojen eksikliğine bağlı vajen pH'sının yükselmesi, beraberinde vajende gram (-) bakteri kolonizasyonunun artması yaşlı kadınlarda enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır.

Yaşlı kadınlarda vücuttaki östrojen ve progesteron eksikliğine bağlı vajinal atrofi, uterus hacminde azalma, ve meme bezlerinde atrofi meydana gelir. Ayrıca pelvik kasların zayıflamasına bağlı olarak posterior uretro-vezikal açının bozulması stres inkontinans sıklığını arttırmaktadır.

Endokrin Sistem

Kadınlarda menopoza takiben overlerden östrojen ve progesteron sentezi sona erer. Yaşla birlikte prolaktin düzeyi düşer. Tiroid hormonunun sentezi ve yıkımı azalır ancak plazma T3, T4 değerlerinde bir değişim gözlenmez. İlerleyen yaşla birlikte hipotiroidi insidansı artmaktadır, ancak hipotiroidinin klinik bulguları yaşlanmada görülen fizyolojik değişikliklere benzediğinden tanıda zorluk yaratabilir. Adrenal bezlerden salgılanan aldosteron ve renin düzeyleri önemli ölçüde azalır, bu durum hipertansiyon kontrolünü zorlaştırabilir. Kortizol sentezi progresif olarak azalır, ancak bazal ve ACTH'e yanıt normal sınırlardadır. Pankreastan insülin salgılanması ve yıkımı azalır, hedef hücre reseptörlerinde ve duyarlılığında azalma görülür.

Nörolojik Sistem

Normal yaşlanma süreci ile birlikte beyin ağırlığı ve kan akımı azalır. Nöronal kayıp beyin belirli bölgelerinde daha fazla görülürken bazı bölümleri korunur. Beraberinde çeşitli nörotransmitter ve dentritik bağlantılarda azalma görülür. Demans dışında birçok bölgede ileri nöron kaybına rağmen bilişsel fonksiyonlarda azalma görülmez. Birçok nörofonksiyonel yetilerde yaşla birlikte azalma görülmektedir. Normal sınırlar içinde olmakla birlikte öğrenme ve hafıza ile ilgili fonksiyonların çoğunda yavaşlama görülebilir. Yaşlılarda sık görülen nörolojik hastalıklar serebrovasküler olay ve Parkinson Hastalığıdır. Ayrıca yaşlı bireylerde kronik sistemik hastalıklar ve beslenme ile ilgili problemler nedeni ile periferik nöropati riski artmıştır.

Kas-İskelet Sistemi

Yaşla birlikte kas kütlesi ve büyüklüğü azalır, motor ünitelerin sayısı azalır, tip II kas liflerinde belirgin bir azalmayla birlikte tip I kas liflerinde görece bir artış söz konusudur. Bundan dolayı normal yaşlanmadaki fizyolojik değişikliklerin kullanıma atrofisinden ayırımı zor olabilmektedir. Tendon ve ligamanlardaki su içerikleri yaşla birlikte azalma gösterirken, tutukluk artar. Vücut kolajen döngüsünde azalma tendon ve ligamanlardaki remodeling veya yeniden yapılanma sürecinde azalmaya neden olur.

Eklem kırıkdağında yaşla birlikte belirgin biyokimyasal değişiklikler meydana gelir, gerilme kuvveti azalır. Altmış-beş yaş üstü bireylerde osteoartrit (OA) en sık görülen kronik hastalık olarak kabul edilmektedir. OA'in başlangıç evrelerinde kırıkdağda kalınlaşma, takiben yumuşama ve fibrilasyon şeklinde parçalanmalar meydana gelir. Zedelenen bu alanlarda fibro-kartilajinöz onarım dokusu meydana gelir, ancak bu dokunun sıkıştırıcı ve kompresif kuvvetlere dayanıklılığı azdır. Subkondral kemikte trabeküllerde apozisyonel kemik büyümeleri meydana gelir ve vaskülarizasyonda artış görülür. Eklem kenarlarında kemik ve kırıkdağ büyümeleri osteofitleri oluşturur. Eklem aralığında daralma meydana gelir. Beraberinde eklem kapsülünde kalınlaşma, çevre kaslarda atrofi, bursit, tendinit gibi sekonder olaylar görülür ve bunlar da semptom ve fonksiyonel yetersizliğin gelişimine katkıda bulunur. Klinikte ağrı ile birlikte eklem tutukluğu en sık karşılaşılan yakınmalardır.

Kemik tüm yaşam boyunca metabolik olarak aktif bir dokudur. Yaşa bağlı kemik kaybı oldukça sık görülmekte ve kemik yapımı ve yıkımı arasındaki dengesizliği yansıtmaktadır. Osteoporoz, kemik kütlesinde azalma, kemik dokusunun yapısal bütünlük ve mikromimarisinde bozulma ve iskelet kırılabilirliğinde artma ile karakterize, etyolojisi multifaktöriyel olan metabolik bir kemik hastalığıdır. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte osteoporoz giderek daha önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır.

20-30'lu yaşlarda kadın ve erkekte kemik kütlesi en üst düzeye ulaşır. Bu dönemde kemik yapım ve yıkımı dengededir. 4. ve 5. dekattan itibaren yaşa bağlı olarak kemik kaybı başlar ve kemik kütlesi giderek azalır. Kadınlarda yaşa bağlı kemik kaybına ek olarak perimenopozal dönemde östrojen eksikliğine bağlı olarak hızlı bir kemik kaybı söz konusudur. 80'li yaşlarda kadınlarda %40, erkeklerde %25 oranında kemik kütlesi kaybı vardır.

Osteoporozun sınıflandırılmasında farklılıklar olmasına karşın günümüzde en sık kullanılan etyolojiye göre yapılan sınıflandırmadır (Tablo 2). Birincil osteoporozda neden olarak bilinen bir hastalık yoktur ve kendi içinde idiopatik, postmenopozal ve senil olarak 3 farklı grupta değerlendirilebilir. Tip I (Postmenopozal) osteoporoz 65 yaşın altında oluşur ve el bileği ve vertebra kırıkları ile karakterizedir. Tip II (Senil) osteoporoz ise 75 yaş üzerinde görülür ve kalça kırıkları ile karakterizedir (Gökçe- Kutsal Y, 2000b).

Osteoporoz çoğunlukla asemptomatik olarak seyretmesine karşın ciddi mortalite ve morbidite nedeni olabilecek komplikasyonlara neden olabilmektedir. İlk semptom çoğunlukla kırıklardır. Osteoporotik kırıklar en sık distal önkolda (Colles kırığı), torasik-lomber vertebralarda ve proksimal femurda meydana gelir.

Kalça kırıkları osteoporozun en ciddi komplikasyonlarından biridir. Kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görülmektedir. İlerleyen yaş ve düşme sıklığının artışı kalça kırığı insidansını artırmaktadır. Tüm kalça kırıklarının %98'i 35 yaşın üzerinde ve %80'i kadınlarda görülmektedir. Vertebra kırıkları ise 65-69 yaş arası kadınlarda %13, erkeklerde ise % 12 olarak bildirilmiştir. ABD'de 50 yaş üzerindeki beyaz kadınlarda yılda 1000 kişinin 18'inde vertebra kırığı olduğu saptanmıştır (Gökçe- Kutsal Y, 2000b).

Kadınlarda Yaşlanma İle Birlikte Sık Görülen Sorunlar

Vulvar Lezyonlar

Liken skleroz sıklıkla orta-ileri yaş kadınlarda görülür ve neoplastik olmayan vulvar lezyonların 1/3'ünü oluşturur. Perirektal bölgeye yayılım gösterebilen bu lezyonlar beyaz-pembe renkli makül veya papül tarzında olabilir. Bir diğer sık görülen benign vulvar lezyon grubu ise hiperplastik distrofilerdir. Beyaz renkli, keratinize bu lezyonlar vulvar intraepitelyal neoplaziler (VIN) ile karışabilir. Bu neoplastik olmayan vulvar lezyonlar klinikte asemptomatik seyredebileceği gibi, kaşıntı şeklinde de bulgu verebilirler. Kesin tanı biyopsi ile konur (Reuben DB ve ark 2000).

VIN lezyonları sıklıkla postmenopozal dönemde görülür ve bu lezyonların kanser gelişiminde ilk basamak olduğu düşünülmektedir. Asemptomatik olabildiği gibi, kaşıntıya neden olabilir veya hipo ya da hiperpigmente keratinize lezyon şeklinde bulgu verebilir. Tanıda kolposkopi ve biyopsi kullanılır.

Vulvar malignansiler tüm kadın genital kanserlerinin %3-5'ini oluşturmaktadır (Önderoğlu LS 1997). Vulva kanseri saptanan hastaların yarısından fazlası 70 yaşın üzerindedir. Kesin tanı biyopsi ve histolojik inceleme ile konur.

Vazomotor semptomlar

Menopoz sonrası dönemde östrojen eksikliğine bağlı olarak özellikle vücudun üst yarısında başlayan kızarıklık ve ısı artışı sıcak basması olarak tanımlanmaktadır (Önderoğlu L, 1997). Uyku bozuklukları ve gece terlemeleri görülebilir. Östrojen tedavisine iyi yanıt alınır.

Atrofik Vajinit

Menopozu takiben, östrojen desteğinin azalması vajinal epitelin atrofik bir görünüm almasına neden olur. Travma ve enfeksiyon riski artar. Tedavide lokal veya sistemik östrojen tedavisi faydalıdır.

Vajinal prolapsus

Sık doğumlar gibi karın-içi basıncın artması gibi durumlar genital organları destekleyen adale ve destek dokunun zayıflaması ile birlikte prolapsusa neden olabilir. Eşlik eden semptomlar arasında pelviste basınç hissi, bel ağrısı, fekal veya üriner inkontinans ve defekasyonda ağrı sayılabilir. Asemptomatik olgularda tedavi gerekmez, semptomların derecesine göre östrojen replasmanı, Kegel egzersizleri veya cerrahi gerekebilir.

Geriatrik Aciller

Acil servislere gelen yaşlılarda işitsel ve görsel yeti kaybı, demans, deliryum, hastanın medikal öyküsüne ve mevcut tıbbi sorunlarına tam anlamıyla hakim olamaması nedeniyle sadece hastadan değil yakınlarından da bilgi almak gerekir.

Geriatrik hastada acil müdahale ve ayırıcı tanı gerektiren durumlar:

1-Göğüs Ağrısı-Koroner arter hastalığı ve miyokard infarktüsü,torakal aorta diseksiyonu, pulmoner emboli, pnömotoraks, pnömoni, perikardit, akut kolesistit, peptik ülser, özofajit, herpes zoster, kas-iskelet sistemi sorunları.

2-Senkop-Serebral kan akımının akut olarak azalmasına bağlıdır.Kardiyak aritmi, ortostatik hipotansiyon, hipovolemi, vazodilatasyon, serebrovasküler hastalık, kardiyak outflow tıkanıklığı veya kardiyak output azalması ile seyreder.

Senkopa neden olabilen ilaçlar:Diüretikler, antihipertansifler, nitratlar, kalsiyum kanal blokerleri, antiaritmikler, antidepresanlar, antipsikotikler, B-blokerler ve dijital.

3-Gastrointestinal Kanama-Yaşlı hastalarda GİS kanamaları özellikle böbrek yetmezliği ve potasyum atılımını inhibe eden ilaç alanlarda hiperkalemiye neden olur.

4-Enfeksiyon-Özellikle idrar yolu infeksiyonları; inkontinans, konfüzyon, abdominal ağrı, anoreksi, bulantı-kusma, azotemi ve diyabetiklerde kan şekerinin kontrol edilememesi gibi gençlere göre çok farklı semptomlar ile seyredir. Pnömoni de yaşlılarda letarji, konfüzyon, anoreksi, ateş, öksürük ile seyredir.

5-Sıcak Çarpması-Hiperpreksi, santral sinir sistemi bozuklukları ve anhidrozis bulguları vardır.

6-Hipotermi-Konfüzyon, uykuya eğilim, konuşma bozukluğu, ve dilate pupil, nöbetler, paraliziler, aritmiler olabilir.

Yaşlı Hastaların Değerlendirilmesi

Hikaye

Yaşlı hastaların değerlendirilmesinde hikaye en az fizik muayene kadar önem taşır. Hikaye almaya başlamadan önce mutlaka hastanın duyma, görme veya kognitif fonksiyonlarda azalma olup olmadığı saptanmalı, varsa kullandığı işitme cihazı, gözlük, baston gibi yardımcı cihazlar uygunluk açısından değerlendirilmelidir. İşitme gücünü çeken hastaların hikayeleri alınırken hastanın tam karşısına ve mümkün olduğunca yakınına oturmalı ve anlamasına yardımcı olmak amacıyla yavaş ve düşük perdeden ve biraz yüksek sesle anlaşılır biçimde konuşulmalıdır.

Yaşlı popülasyonda hafızada zayıflama veya demans daha sık olarak görüldüğünden hikaye alırken doğrulaması amacı ile aile bireylerinden birinin de hastanın yanında olmasına dikkat edilmelidir.

Yaşlı bireyler vücutlarında olan değişiklikleri hastalık olarak algılama ve değerlendirmede ya da bunları doktoruna ifade etmede zorluk yaşayabilirler. Bu nedenle öykü alırken mutlaka semptomlar hastaya tarif edilerek anlatılmalı ve hastanın doğru olarak anladığından emin olunmalıdır.

Hastaların öykülerinde mutlaka, sigara, alkol gibi alışkanlıkları sorgulanmalı ve kullandıkları ilaçlar öğrenilmelidir. Yaşlılarda gençlere göre ilaç kullanımı daha fazladır, özellikle yaşlı kadınlarda psikotropik ilaç kullanımının erkeklere oranla daha fazla olduğu bildirilmiştir (Matteo S 1988). Bu ilaçların aşırı kullanımı bağımlılık, intihar, duyu durumu bozuklukları, bilişsel ve motor fonksiyon kaybına neden olabilmektedir.

Hastaların hikayelerinde mutlaka fiziksel aktiviteleri öğrenilmelidir. 65 yaş üstü bireylerin %40'undan fazlası sedanter bir yaşam stili sürmektedir (Caspersen CJ ve ark, 1986). Fiziksel aktivitenin azlığı koroner arter hastalığı, hipertansiyon, osteoporoz gibi birçok kronik hastalıkla birliktelik göstermektedir. Bu nedenle bireylerin fiziksel aktivitelerini arttırmaya yönelik uygun egzersiz programları önerilmelidir.

ABD'de 65-74 yaş arası kadınların %30'undan fazlasının obez olduğu bildirilmektedir (South-Paul JE, Woodson CE, 1992). Beslenme alışkanlıkları bir çok kronik hastalığa zemin hazırladığından dolayı, hastaların beslenme alışkanlıkları öğrenilmeli ve gerekli olan durumlarda modifikasyonlar önerilmeli, vücut ağırlığı takip edilmelidir.

Fizik Muayene

Geriatrik yaş grubundaki bireyler için yılda en az bir kez laboratuvar tetkikleri ve fizik muayenenin yapılması önerilmektedir. Yaşlı hastaların fizik muayeneleri diğer yaş gruplarından farklı değildir. Ancak bazı spesifik bölgelerin muayenesi yaşlı popülasyonda özellik arzeder.

Fizik muayene her yaş grubunda olduğu gibi vital bulguların değerlendirilmesi ile başlamalıdır. Nabız ve kan basıncındaki ortostatik değişiklikler kaydedilmelidir. Bu esnada oluşabilecek baş dönmesi veya göğüs ağrısı gibi semptomlar açısından dikkatli olunmalı, böyle durumlarda hasta derhal yatar pozisyona getirilmelidir. Hastanın vücut sıcaklığı ölçülmeli ve

kaydedilmelidir. Hipotiroidi gibi hipometabolik durumlarda hasta hipotermik olabilir. Bununla birlikte ciddi enfeksiyon varlığında dahi geriatrik hastanın vücut sıcaklığının normal sınırlar içinde kalabileceği unutulmamalıdır.

Fizik muayenede ayrıca cilt muayenesi de yapılmalı ve bazı malign değişiklikler, bası yaraları, pruritis veya ekimozlar not edilmelidir. Saçlı deri muayenesi yapılmalı yüzeysel temporal arterler bilateral olarak palpe edilmelidir. Eğer hastada beraberinde görme problemleri, başağrısı veya polimiyaljik semptomlar da varsa polimiyalgi romatika veya dev hücreli arterit tanıları akla gelmelidir. Muayenede takiben göz, kulak, boğaz ve boyun muayeneleri yapılmalı bu bölgelerde oluşabilecek patolojiler açısından hasta değerlendirilmelidir.

Yaşlı kadınlarda meme muayenesi mutlaka yapılmalı, akıntı, çekilme veya kitle varlığı araştırılmalıdır. Meme kanserinin yaşla birlikte arttığı unutulmamalıdır.

Takiben yaşlı bireylerde göğüs muayenesi yapılmalı, kifoskolyoz gibi göğüs deformiteleri veya solunum sesleri açısından hasta değerlendirilmelidir. Kardiyovasküler muayenede kalp sesleri değerlendirilmeli, ek ses veya üfürüm varlığı araştırılmalıdır. Yaşlı bireylerde sistolik murmurların %55 oranında görülebileceği unutulmamalıdır. Kardiyovasküler muayenede ayrıca periferik nabızlar palpe edilmelidir. Yaşlı popülasyonda hasta intermittant kladikasyo tariflemeyeceği sürece periferik nabızların alınamamasının klinik olarak önem taşımayabileceği unutulmamalıdır (Schmitt WR, 2002).

Karın muayenesinde mutlaka rutin palpasyon ve perküzyon yapılmalı mesanede genişleme veya pulsasyon veren bir kitle gibi bulgu verebilecek abdominal kitle varlığı araştırılmalıdır. Kas iskelet sistemi muayenesinde öncelikle aktif eklem hareketleri değerlendirilmelidir. Bu amaçla hastanın ayakta dik duruş pozisyonundan oturur pozisyona getirilerek bu hareketler süresince herhangi bir güçlük karşılıp karşılımadığı gözlemlenmelidir. Aynı şekilde hastanın saçını taramak gibi ellerini başının üzerine kaldırarak yaptığı günlük yaşam aktivitelerinde zorlanıp zorlanmadığı araştırılmalıdır. Takiben pasif eklem hareketleri değerlendirilmeli, artrit veya deformite varlığı araştırılmalıdır.

Ayrıca hastanın mental durumunu da değerlendiren tam bir nörolojik muayenesi yapılmalıdır. Hastanın vibrasyon duygusu değerlendirilmeli, ancak sağlıklı yaşlı bireylerde vibrasyon duyusunun azalabileceği unutulmamalıdır. Derin tendon refleksi değerlendirilmelidir. Asimetrisinin saptanması inme, myelopati veya kök kompresyonunun bir göstergesi olabilir. Kas tonusu ve gücü değerlendirilmelidir (Schmitt WR, 2002).

Yaşlı bireylerin fizik muayenelerinde yaşa bağlı meydana gelen değişikliklerin hastalığın bir göstergesi olamayabildiği, yine bu bireylerde hastalığa özgü klasik semptom ve bulguların her zaman bulunmayabileceği unutulmamalıdır.

Yaşlı Kadınlarda Fonksiyonel Durum Ve Özürüllüğün Değerlendirilmesi

Günümüzde yaşam süresinin uzaması ile birlikte, yaşlı popülasyondaki artış, özürüllü yaşlı bireylerin sayısında da artışı beraberinde getirmektedir. Yaşlılarda özürüllüğün en önemli göstergelerinden biri günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesidir ve yaşlılarda görülen çok sayıda kronik hastalık önemli oranda günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık yaratabilmektedir. Bugün bu hastalıkların bir çoğunun korunabilir hastalıklar olduğu bilinmektedir. Ülkemizde yaşlılarda özürüllüğün değerlendirilmesine yönelik olarak 23 ildeki 60 yaş üzeri 1944 birey incelenmiş ve buna göre; özürüllük oranı kadınlarda %33.2, erkeklerde %29.4 olarak saptanmıştır. Çalışmada ayrıca kadınların %46.8'inin, erkeklerin %71.8'inin ev dışı günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olduğu ve yine aynı çalışmada kadınların %21.5'inin ev içinde bağımsız hareket edebildiği, %4'ünün yatağa bağımlı olduğu bildirilmiştir. Erkeklerde ise %1.8 oranında yatağa bağımlılık rapor edilmiştir. Aynı çalışmada özürüllük ile kronik hastalıklar arasındaki ilişki incelenmiş ve diabetes mellitus, osteoartrit, serebrovasküler olay ve osteoporoz öyküsü olan bireylerde özürüllüğün daha fazla olduğu saptanmıştır (Arslan Ş ve Gökçe- Kutsal Y, 2000).

Yaşlı bireylerin fonksiyonel durumlarının objektif olarak değerlendirilmesi, bağımlılık düzeylerinin saptanması ; gerek takip gerekse tedavide oldukça önemlidir. Fonksiyonel durum değerlendirmeleri yaşlı bireyin fiziksel, sosyal ve bilişsel yetilerini değerlendirir. Bu amaçla çeşitli skalalar kullanılmaktadır. Bunlar arasında PULSES (physical condition, upper extremity function, lower extremity function, sensory performance, excretory performance, psychosocial status) ve Barthel indeksi sayılabilir (İnanıcı F, Gökçe Kutsal Y, 1997).

Yaşlı bireylerin fonksiyonel durumlarının objektif olarak değerlendirilmesi ve buna uygun takip ve tedavi planının çizilmesi, yaşlılıkta sık görülen kronik ve progresif hastalıklara bağlı özürülüğün önemli ölçüde azaltılmasına neden olacaktır.

Yaşlılarda İlaç Tüketimi

Yaşlı popülasyonda birçok kronik hastalığın prevalansı arttıkça, bireyler sağlık merkezlerine daha sık başvurmakta, beraberinde hastanede kalım süreleri ve ilaç kullanımları daha da artmaktadır. Yaşlanmayla ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler kullanılan ilaçların metabolizmasını da etkilemekte, buna birden fazla ilaç kullanımı da eklendiğinde yan etki ve ilaç etkileşimleri yaşlı popülasyonda daha sık görülmektedir. Özellikle ilaç yan etkileri geriatrik hastalarda atipik seyredebilmekte ve yaşlanma veya hastalık sürecinin bir parçası olduğu gibi yanlış yorumlara sebebiyet verebilmektedir. Örneğin, bilişsel bozukluk veya davranış değişiklikleri gibi durumlar bu yaş grubunda sıkça kullanılan ilaçlara bağlı olarak gelişebilmektedir. Bu nedenle bu yaş grubunda kullanılan ilaçların detaylı biçimde gözden geçirilmesi gerekmektedir. Yaşlılarda ilaç yan etkilerinin sık görülmesinin nedenleri Tablo 3'de özetlenmiştir (Miller SW ve ark, 1996).

Yaşlı bireylerde gastrointestinal sistem motilitesi ve kan akımında azalma gastrik pH düzeyinin düşmesi ilacın emiliminde azalmaya neden olur. Beraberinde yaşlılarda ilaçların vücuttaki dağılım oranları değişmekte ve karaciğerdeki metabolizasyonu yavaşlamaktadır. Yine yaşa bağlı değişikliklerle böbrek fonksiyonlarındaki azalma ilaçların vücuttan atılımının yavaşlamasına neden olmaktadır. Ayrıca yaşla birlikte reseptör duyarlılığında da azalma meydana gelir. Tüm bu durumlar göz önüne alındığında yaşlılarda ilaç kullanımı özel bir dikkat gerektirmektedir. Ülkemizde 23 ilden toplam 1944 huzurevi sakini (748 kadın ve 1196 erkek) üzerinde yapılan bir çalışmada en sık kullanılan ilaçlar kardiyovasküler sistem ilaçları (%26,7) ve analjezik ve non-steroidal antiinflatuar ilaçlar (%20,8) olarak saptanmış ve kadınların %31,0'inin, erkeklerin ise %23,3'ünün kullandığı ilaç sayısı 3 veya üzeri olarak bulunmuştur (Arslan Ş ve ark 2000).

Yaşlılarda ilaç kullanımı ile ilgili yapılan bir başka çalışmada reçeteli ve reçetesiz çoklu ilaç kullanımının erkeklere oranla kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiş ve çoklu ilaç kullanımı ile ilgili faktörler arasında cinsiyet (kadın) faktörünün yer aldığı belirtilmiştir (Simons LA ve ark, 1992). Özellikle yaşlı kadınlarda çoklu ilaç kullanımının daha sık olması ilaç yan etkileri ve ilaç etkileşimleri açısından çok daha dikkatli olunması gereğini doğurmaktadır. Yaşlılarda polifarmasiye predispozisyon yaratan faktörler Tablo 4 de sunulmuştur.

Yaşlı hastalarda ilaç tedavisi planlanırken kişiye özel tedavi planlanmalı, mümkün olan en az sayıda ilaç kullanılmalı, gereksiz tedavilerden kaçınılmalı, dikkatli ve detaylı ilaç öyküsü alınmalı, mutlaka düşük doz ile tedaviye başlanmalı, alınan yanıtı göre doz modifiye edilmeli ve yan etkiler açısından dikkatli ve düzenli bir izlem uygulanmalıdır. Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımının temel ilkeleri Tablo 5'de sunulmuştur (Gökçe-Kutsal Y ve ark, 2000b).

Yaşlılığa Bağlı Meydana Gelen Sağlık Sorunlarının Önlenmesi

Kadınlarda yaşlanma ile meydana gelebilecek sağlık sorunlarının önlenmesi ve tedavisinde çok yönlü bir değerlendirme şarttır. Düzenli kontrollerle bireylerin fiziksel, mental, fonksiyonel, sosyal ve ekonomik durumları bir bütün olarak değerlendirilmelidir.

Yaşlı Kadınlarda Kansere Tarama Testleri

55-74 yaşları arasında kansere bağlı mortalite oranı %32 olarak bildirilmiştir (South-Paul JE, Woodson CE, 1992). Her ne kadar gerçek etkinliği bilinmese de bazı kanser tiplerine yönelik tarama testleri geriatrik yaş grubunda önem kazanmaktadır. Teorik olarak taramalar asemptomatik lokalize kanserlerin erken tanı ve tedavi şansını arttırmakta, risk faktörlerinin elimine edilmesi konusunda hastanın bilgilendirilmesine olanak sağlamaktadır.

Yaşlı kadınlarda en sık ölüme yol açan kanserler akciğer, meme ve kolorektal kanserlerdir. Akciğer kanserine yönelik uygun bir tarama yöntemi mevcut olmamasına karşın, en etkili teknik erken yaşlarda risk faktörlerinin elimine edilmesidir. Bunlar arasında sigara kullanımının veya zararlı maddelere maruz kalınmasının önlenmesi, bireylerin bu konuda bilgilendirilmesi sayılabilir.

Tüm meme kanserlerinin yaklaşık yarısı 65 yaş ve üstü kadınlarda saptanmaktadır. Taramanın meme kanserlerinde mortaliteyi %30'a varan oranlarda azalttığı bilinmektedir. Tüm kadınlarda olduğu gibi yaşlı kadınlarda da tarama yöntemleri olarak sık kendini muayene, yıllık klinik muayene ve mamografi önerilmektedir. Ancak yaşlı bireylerde kendini muayene yönteminin çok güvenilir olmayabileceği unutulmamalıdır.

Yaşla birlikte kolorektal kanserlerde de bir artış söz konusudur. Ancak tarama olarak gaitada gizli kan araştırması ve sigmoidoskopinin yeri tartışmalıdır.

65 yaş üstü kadınlarda serviks kanseri meme ve kolorektal kanserlere oranla daha düşük bir insidansa sahiptir. Düzenli histolojik inceleme ile taramaları yapılmış ve patoloji saptanmamış kadınlarda 65 yaşından sonra taramaların kesilebileceği bildirilmektedir (South-Paul JE, Woodson CE, 1992). Over kanserlerinde serum CA 125 düzeyi ve pelvik, transvajinal ve renkli Doppler ultrasonografi uygulamalarının rutin taramadaki yeri tartışmalıdır.

Geriatrik Rehabilitasyonda Temel İlkeler

Beklenen yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlı popülasyonun gittikçe artması gerek fiziksel yetilerin kaybı, gerekse de bu yaş grubunda görülen kronik progresif hastalıklara bağlı olarak gelişen fonksiyon kayıpları geriatrik rehabilitasyona verilen önemi daha da arttırmaktadır. 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 seviyeye çıkarmak rehabilitasyonun ana hedefini oluşturmaktadır (Arslan Ş ve Gökçe-Kutsal Y, 2002a, Gökçe-Kutsal Y 1997).

Rehabilitasyon programının çizilmesinde:

1. Nörolojik, kas iskelet sistemi ve kardiyο-respiratuar açıdan hastanın fiziksel durumu ve sahip olduğu fonksiyonel düzeyi belirlenmeli ve bireye özgü bir program planlanmalıdır.
2. Hastanın ve ailenin beklentileri göz önüne alınmalı, gerçekçi hedefler belirlenmelidir.
3. Eşlik eden psikolojik veya psikiyatrik problemler rehabilitasyona yanıtı yavaşlatacağından hızla ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır.
4. Egzersiz programları yaşlı hastanın öğrenme potansiyeli göz önüne alınarak mümkün olduğunca basite indirgenmelidir.
5. İlaç tedavisi olabildiğince azaltılmalıdır.
6. İmmobilizasyondan kaçınılmalıdır.
7. Hedeflenen düzeye ulaşmanın yavaş olacağı veya bazı kaybedilmiş fonksiyonların tekrar kazanılamayabileceği konusunda hasta ve ailesine bilgi verilmelidir.
8. Rehabilitasyon multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğinden, diğer tüm uzmanlık dallarının rehabilitasyona katılması sağlanmalıdır.
9. Rehabilitasyon hekimi tarafından düzenli aralıklarla varılan düzey değerlendirilmeli ve gerekli modifikasyonlar yapılmalıdır.

İlerleyen yaşla birlikte, bireylerin bazı fiziksel yetilerini kaybetmeleri içinde buldukları sosyal konumlarını da değiştirmekte, beraberinde üretkenliklerinin azalması toplumdan dışlanma, ihmal veya istismara maruz kalmalarına neden olmaktadır. Bu durum kadınlarda, özellikle evlenmemiş veya dul kadınlarda daha sık olarak görülmektedir. Bu istismarın önlenmesi görevi topluma düşmektedir. Bu konuya yönelik eğitim hizmetlerinin artırılması ise toplumun bu konuda daha fazla bilinçlendirilmesine olanak sağlayacaktır.

Geriatri Ve Etik

Geriatride etik kavramı sağlık alanındaki etik uygulamalarından farklı değildir. Etik prensiplerinin ve teorisinin anlaşılması geriatride ahlaki karar verme sürecinde yer alan değerlerin incelenmesinde bir çerçeve oluşturabilir. Ahlak, Purtilo tarafından "Toplumun dokusunu korumak amacıyla oluşturulmuş kurallar "olarak tanımlanmaktadır. Etik ise "Ahlakın analizi ve sistematik düşünce"olarak tanımlanabilir.

Genel olarak etik problemleri çözüm için yaklaşım yaşlı bireyler ile gençler arasında farklılık göstermez. Ancak yaşlı bireyler fizyolojik, psikolojik ve sosyal rezervlerindeki farklılıklar nedeni ile istenmeyen etkiler açısından daha büyük risk taşırlar. Belirli bazı durumlarda yaş;karar vermek için gerçek nedenin yerine kullanılabilir.

Etik bir karara varma, hastanın kendi kimliği, ilişkileri ve geçmiş/gelecek hakkındaki düşünceleri ve amaçları hakkında bir miktar bilgi sahibi olunmasını gerektirir. Elbette doktor hasta hakkındaki herşeyi bilemez, ancak hastanın değer yargıları, amaçları ve yaşam tarzı konusunda bir fikrinin olması etik kararlar için gereklidir.

Etik prensipler karmaşık etiksel problemleri çözmek için bir araç olarak kullanılmaktadır. Etik teoriler ise düzen sağlamaktadır. Geriatri ile ilgili etik haklar ve görevler şunlardır (Abrams WB ve ark, 1995, Wharton MA, 1999):

- İyilik:Mümkün olan en iyiyi yapma görevi
- Zarar vermeme
- Adalet:Zaman ve kaynakların paylaşımı
- Özerklik:Kendi kararını verme hakkı

Geriatride etik uygulamaları tıbbi ve sosyal alandaki değişikliklerle şekillenmektedir.

Yaşlı hastanın beklentileri, yetileri ve değerlerindeki değişiklikler de bu uygulamalara predispozisyon yaratmaktadır. Hepimiz birgün yaşlanacağız. İlgı ve bakım yaşlı insanların hakkıdır ve yaş, tedavi seçiminde bir kısıtlamaya neden olmamalıdır.

Toplumun her kesiminin olduğu gibi, yaşlanan kadının da aktif, üretken ve yaşam kalitesi yüksek bir yaşlılık sürecine sahip olma hakkı vardır. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık güvencesine kavuşabilme, mevcut sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin artırılması, yataklı ve temel koruyucu sağlık hizmetlerinin tatmin edici bir düzeye ulaşması doğal olarak hem yaşam süresini uzatacak, hem de yaşam kalitesini arttıracaktır.

Kaynaklar

1. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda ilaç tüketimi: Çok merkezli çalışma raporu. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı ve Türk Tabipleri Birliği 2000,Ankara.
2. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda özürlülüğün değerlendirilmesine yönelik çok merkezli çalışma raporu. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı ve Türk Tabipleri Birliği Yayını , 2000, Ankara.
3. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y: Geriatrik Rehabilitasyon. Oğuz H (Ed) Tıbbi Rehabilitasyon. Nobel Tıp Kitabevi 2002a (Baskıda).
4. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y:Geriatri ve Etik.ATO Yayınları, 2002 (Baskıda)

5. Berg R, Morgenstern NE. Physiologic changes in the elderly. Dent Clin North America 1997;41(4):651-68.
6. Caspersen CJ, Christenson GM, Pollard RA. Status of the 1990 physical fitness and exercise objectives: evidence from NHIS 1985. Public Health Rep 1986;101(10):587-92.
7. Cassel CK, Neugarten BL. A forecast of woman's health and longevity: Implications for an aging America. West J Med 1988;149(6):712-7.
8. Gökçe -Kutsal Y, Bal S. Geriatri 2000a. Türk Tabipler Birliği, Ankara Tabip Odası, Eğitim Toplantısı Konuşma Özetleri, 31 Mart 2000.
9. Gökçe-Kutsal Y, Aydın E, Güç O, Güler Ç: Geriatri. Hacettepe Tıp Dergisi 2000b;31(1):40-58
10. Gökçe-Kutsal Y: Rehabilitasyon. In: Geriatri I-II. Gökçe-Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S (Ed) Hekimler Yayın Birliği, 1997, p145-160.
11. İnanıcı F, Gökçe-Kutsal Y. Geriatri. İliçin G, Biberöğlü K, Ünal S, Akalın S, Süleymanlar G (Eds): Temel İç Hastalıkları, Cilt 2; Güneş Kitabevi, Ankara, 1997, p89-103.
12. Kasiske BL, Umen AJ. The influence of age, sex, race and body habitus on kidney weight in humans. Arch Pathol Lab Med 1986;110:55.
13. Matteo S. The risk of multiple addictions, guidelines for assessing a woman's alcohol and drug use. West J Med 1988;149(6):741-5.
14. Miller SW, Anderson RJ. Geriatric Drug Therapy. Herfindal ET, Gourley DR (Eds). Textbook of therapeutics: Drug and disease management, Williams & Wilkins, 1996, p1809-22.
15. Önderoğlu L. Menopoz ve sonrası. Gökçe-Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S (Eds): Geriatri, Cilt 1, Hekimler Yayın Birliği 1997, p414-22.
16. Önderoğlu LS. Yaşlanan kadın ve jinekolojik kanserler. Gökçe-Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S (Eds): Geriatri, Cilt 2, Hekimler Yayın Birliği 1997, p 627-33.
17. Özgül A. Geriatrik Patolojinin esasları. Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y (Eds). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Güneş Kitabevi, 2000, p1341-52.
18. Palumbo PJ. Cholesterol lowering for all: a closer look. JAMA 1989;262(1):91-2.
19. Reuben DB, Herr K, Pacala JT, Potter JF, Semla TP, Small GW (Eds): Geriatrics at your fingertips. Women's Health American Geriatrics Society 2000, p141-3.
20. Schmitt WR The geriatric patient Schmitt WR, Galbraith AS (Eds): Textbook of Physical Diagnosis: History and Examination. WB Saunders Company, Philadelphia 2002, p733-46.
21. Simons LA, Tett S, Simons J, et al. Multiple medications use in the elderly: use of prescription and non-prescription drugs in an Australian community setting. Med J Aust 1992;157:242-6.
22. South-Paul JE, Woodson CE. Optimal care of older woman. Postgrad Med 1992;91(4):439-56.
23. Abrams WB, Beers MH, Berhow R (Eds). The Merck Manual of Geriatrics (2. Baskı) Whitehouse Station, USA 1995, p1392-1398.
24. Wharton MA. Ethics. In: Geriatric Rehabilitation Manual. Kaufman T (Ed). Churchill Livingstone, 1999, p 402-408.

TABLÖLAR

TABLO 1: Birleşmiş Milletler Nüfus ve İstatistikler Bölümünün 1998'de Yenilenen Raporunda Yer Alan, Ülkelere Göre Yaşam Beklenti Süreleri

Ülke	Erkek	Kadın
ABD	73,4	80,1
Almanya	73,9	80,2
Avusturya	73,7	80,2
Belçika	73,8	80,6
Bulgaristan	67,6	74,7
Danimarka	73,0	78,3
Fransa	74,2	82,0
İngiltere	74,5	79,8
İsrail	75,7	79,7
İsveç	76,3	80,3
İsviçre	75,4	81,8
İtalya	75,0	81,2
Japonya	76,8	82,9
Kuveyt	74,1	78,0

Romanya	66,2	73,9
Rusya Fed	60,6	72,8
Sudan	53,6	56,4
Türkiye	66,5	71,7
Yugoslavya	70,2	75,5
Yunanistan	75,0	80,6

TABLO 2: Osteoporozun Etyolojiye Göre Sınıflandırılması

A-)Birincil

- İdiopatik
 - Juvenil
 - Adult
- Postmenopozal
- Senil

B-)İkincil

- Endokrin nedenler
Hipogonadizm, Hipertiroidi, Cushing Hastalığı, over agenezisi, hiperparatiroidi, Diabetes mellitus
- Gastrointestinal nedenler
Subtotal gastrektomi, kronik obstruktif sarılık, birincil biliyer siroz, malabsorpsiyon, ağırmalnutrisyon
- Bağ dokusu hastalıkları
Romatoid artrit, osteogenezis imperfekta, Marfan Sendromu, Ehler Danlos Sendromu, Homosistinüri
- Diyetle ilgili
Diyette kalsiyum azlığı, artmış protein tüketimi
- İmmobilizasyon
- Malign Hastalıklar
Multiple Myelom, Lenfoma, Yaygın karsinom, Sistemik mastositoz, lösemi
- İlaç kullanımı
Heparin, antikonvülzan, glukokortikoid, metotreksat
- Diğer

Alkolizm, skorbüt, kronik obstruktif akciğer hastalığı, sigara

TABLO 3:Yaşlılarda İlaç Yan Etkilerinin Sık Görülme Nedenleri

- İlaç tedavisi gerektiren birçok kronik hastalığın bir arada bulunması
- Farklı hekimler tarafından farklı ilaçların reçete edilmesi
- İlaç yan etkilerinin doğru bir şekilde belirlenememesi
- İlaç kullanımında hasta uyumsuzluğu veya hastanın bu konuda yeterince bilgilendirilmemiş olması
- Yaşa bağlı görülen fizyolojik değişikliklerin ilacın farmakokinetiğini etkilemesi

TABLO 4 :Yaşlılarda polifarmasiye predispozisyon yaratan faktörler

- 1-Farklı doktorlara giderek çok sayıda reçete alma
- 2-Çok kalem ilaç yazılması
- 3-Doktorların çok sayıda ilaç yazma eğilimi
- 4-Hastaların beklentileri
- 5-Tanıdan ziyade semptomaya yönelik ilaç kullanılması
- 6-Eski ilaç kesilerek yeni ilaca başlama eğilimi

- 7-Çok sayıda reçetesiz ilaç satılması
- 8-Kullanılan ilaçların otomatik olarak tekrar yazılması
- 9-Aileden veya arkadaşlardan ilaç alıp kullanma eğilimi

Tablo 5:Yaşlıda Akılcı İlaç Kullanımının Temel İlkeleri

İlaç Tedavisinin Gerekliliğinin Değerlendirilmesi

Tüm hastalıklar veya şikayetler ilaç tedavisi gerektirmeyebilir

Mümkünse ilaç vermeyiniz ama yaşam kalitesini arttıracaksa ilacı esirgemeyiniz
Tedaviye başlamadan mutlaka bir teşhis koyunuz

İlaç ve alışkanlıkların saptanması

Hastalar çok sık doktor değiştirebilir ve bir çok ilaç almış olabilirler
Halen kullandığı tüm ilaçların bilinmesi olası ilaç etkileşmesini gündeme gerektirebilir
Sigara, alkol ve kafein kullanımı ilaç cevaplarını değiştirir

Reçeteye yazılan ilaçların farmakolojisinin anlaşılması

Az sayıda ama özelliklerini iyi bildiğiniz ilaçları kullanınız
Yaşlanmanın farmakolojik olaylara etkilerini iyi biliniz

Tedaviye düşük dozla başlayınız

İlacın standart dozu yaşlılar için genellikle epey fazla gelir
Yaşlanmanın böbrek fonksiyonlarına etkisi karaciğere olan etkisinden daha standarttır
Yaşlılar santral sinir sistemini etkileyen ilaçlara daha duyarlıdır

Hastanın ilaca yanıtına göre doz titrasyonu

Tedaviye son vereceğiniz iyileşme kriterlerini iyi belirleyiniz
Dozlamı yan etkiler çıkmayacak ama amaca ulaşacak miktarlara kadar arttırınız
İlacı yeterli dozda kullanınız, özellikle kanser ağrısında
Bazen kombine ilaç tedavisi daha iyi olabilir

İlaç tedavisini basitleştiriniz ve hastanın uyumunu arttırınız

Kesikli ilaç kullanımından sakınınız, günde bir veya iki doz idealdir
Mümkünse ilaçların sıvı formülasyonlarını tercih ediniz
İlaç kutularının (gerekirse hasta tarafından) belirgin olarak etiketlenmesini sağlayınız
İlaç kutularının kolay açılır kapanır olmasını sağlayınız
Hastaya ve yakınına ilaç hakkında yeterli ve anlaşılır bilgi veriniz (tercihan yazılı olarak)
İlacın niye gerek görüldüğünü izah ediniz
İlaç kullanım takvimi tutulmasını özendiriniz
Kullanılmamış veya artan ilaçların hastanın elinde barınmamasını sağlayınız
Hastanın yakınının ilaç kullanımını denetlemesini sağlayınız

Düzenli olarak tedavinizi gözden geçiriniz

Gereksiz ilaçları tedaviden çıkarınız

İlaçların yeni sorunlar yaratacağını unutmayınız
