

## Yaşlanan Dünya

### Aging World

Yeşim GÖKÇE KUTSAL

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi (GEBAM), Ankara

#### Özet

Yirminci yüzyılda doğum ve ölüm hızlarında görülen dramatik değişiklikler, 21. yüzyıl boyunca dünyanın yaşlanacağına bir göstergesi olarak algılanmaktadır. Günümüzde yaşlanan insan sayısı yılda 8 milyon artarken, 2030 yılında bu artışın yılda 24 milyona ulaşacağı öngörülmektedir.

Hastalıklar ve yeti yitimleri yaşlılarda diğer yaş gruplarına oranla çok daha ön plandadır ve bu nedenle yaşlı grubun gereksinimleri de 21. yüzyılda katlanarak artacaktır.

Yaşlılardaki süregen hastalıklar, yaşam kalitesinde bozulmaya ve ciddi bozulmalara varan sağlık harcamalarına neden olarak ekonomik açıdan da ağır bir yük oluşturmaya devam etmektedir. Hastalık ve yeti yitimi gibi risklerin yaşlı insanlarda belirgin bir artış göstermesine rağmen, sağlığın bozulması yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir. Çoğu kronik hastalığa bağlı yeti kaybı ve ölüm koruyucu önlemlerle azaltılabilir. Bu aşamadaki en önemli kritik sorun yaşlıların sağlık gereksinimlerinin karşılanması konusunda yeterli bilgi birikiminin olmamasıdır. Yaşlılarda azalan fizyolojik rezerve bağlı olarak ortaya çıkan ve klinik açıdan önem arz eden durumlar şöyle sıralanabilir: Yaşlılarda hastalık prezantasyonu sıklıkla atipiktir, sıklıkla birkaç sağlık sorunu bir aradadır, kompensasyon mekanizması zayıflamıştır, iyileşme süreci gençlere oranla daha yavaştır, koruyucu önlemler bu yaş grubunda daha fazla önem kazanmaktadır ve azalan rezerv yaşlıların daha fazla iatrojenik yaralanmalara maruz kalmalarına neden olmaktadır.

Yaşlıları sağlıklarının korunması ve yaşam kalitelerinin artırılması bilimsel araştırmalardan kaynaklanan önerilerin yaşama geçirilmesine bağlıdır. Bu yaş grubunun gereksinimlerinin anlaşılması konusunda ciddi mesafeler kat edildi ise de halen bu konuda yeterli donanımına sahip olunamamıştır. Özellikle de sadece bilimsel araştırma alanında değil hizmet alanında da yaşlılara yönelik multidisipliner bir yaklaşım sergilemenin önemi üzerinde durulmalıdır. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006;52(Özel Ek A):A6-A11*

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlanma, geriatri, yaşlı

#### Summary

Dramatic changes in fertility and mortality rates during the 20th century ensured that the world would age rapidly during the 21st century. The number of elderly is now increasing by 8 million per year; by 2030, this increase is expected to reach 24 million per year.

Levels of illness and disability among the elderly group far exceed those for other age groups, and that is the reason why the needs of this group are likely to increase substantially in the 21st century.

Chronic diseases exact a particularly heavy health and economic burden on older adults due to associated long-term illness, diminished quality of life, and greatly increased health care costs. Although the risk of disease and disability clearly increases with advancing age, poor health is not an inevitable consequence of aging. Much of the illness, disability, and death associated with chronic disease is avoidable through known prevention measures and critical knowledge gaps exist for responding to the health needs of older adults. The clinically important consequences of geriatric patients due to diminished physiological reserve are; disease presentation in older persons are often atypical, usually there is the context of contributing comorbid conditions, the compensatory mechanism is weakened, recover from illness is slow, certain preventive measures are beneficial and the weakened reserve puts the elderly at greater risk for iatrogenic injury.

The well-being of older persons often depends on the realization of the recommendations based on the scientific researches. Although considerable progress has been made in understanding the multiple problems in elderly, there are still some gaps. Particularly in need of the multidisciplinary approach not only in the scientific research area, but in the services as well. *Turk J Phys Med Rehab 2006;52(Suppl A):A6-A11*

**Key Words:** Aging, geriatrics, elderly

*"Yıllar bizi buldukları gibi bırakıyorlar"*

Owen MEREDITH

Yirminci yüzyıl ile birlikte gelişen en önemli kavram; "toplumların yaşlanması"dır. Özellikle endüstrileşmiş ülkelerde nü-

fusun yaş dağılımındaki değişikliklere paralel olarak sağlık hizmetlerinin paylaşımı ve sosyal güvenlik hakları gibi pek çok sorunun hızla ortaya çıkması toplumlara sosyal ve politik açıdan adeta bir açmazla karşı karşıya bırakmıştır. Gerekli sosyal destek sistemleri oluşturulmadan ortaya çıkan yaşlı nüfustaki pat-

lama halen yılda %2,5 oranında bir artışla devam etmektedir ve bu toplam popülasyondaki artış oranından çok daha fazladır.

## Epidemiyolojik Özellikler

Günümüzde dünyadaki gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzerinde 146 milyon insan olduğu tahmin edilmektedir ve bu yaş grubunun 2020 de 232 milyon civarında olacağı, 2030 yılında ise 1,4 milyara ulaşacağı ön görülmektedir. ABD de 2030 yılında her beş kişiden birinin 65 yaş üzerinde olacağı ifade edilmektedir (1). En hızlı artan popülasyon ise 85 yaş ve üzerindeki gruptur. Avrupa en hızlı yaşlanma oranlarına sahip kıta iken, Afrika yoksulluk ve HIV-AIDS nedeniyle en yavaş yaşlanan kıta özelliğini korumaktadır.

Tıp, bilim ve teknoloji üçgenindeki gelişmeler ve doğum oranlarındaki azalma, toplumların yaşlanmasında temel taşı oluşturmuştur. Özellikle kalp hastalıkları ve inmeyle ilgili mortalitedeki düşüş, sigara, yüksek kan basıncı ve yüksek serum kolesterol düzeyi gibi risk faktörlerinin kontrol altına alınmaya başlanmış olması sağ kalımdaki artışı sağlamıştır. Türkiye'de son yirmi yılda doğurganlık oranındaki azalma, nüfus kompozisyonunda önemli değişikliklere neden olmuştur. Altmışbeş ve yukarı yaştakilerin oranı 2005 yılında %5,9'a ulaşmıştır ki bu 4.249.100 kişi demektir. Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan projeksiyonlara göre; 2005 yılında 6.147.000 olan 60 yaş ve üzerindeki kişilerin sayısının, 2015 yılında 8.442.700, 2025 yılında ise 12.055.400 olacağını bildirilmektedir. Türkiye'de hayatta kalma beklentisi 2005 yılı itibari ile 70,8 yıl iken, 2015 de 72,3 yıl, 2023 de ise 74,1 yıl olacağı ön görülmektedir.

Dünya Sağlık Teşkilatı'nın açıklamalarında dünya nüfusunun yaşlanması ile birlikte kanser, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları ve başta demans olmak üzere mental hastalıkların arttığı, yaşla beraber gelen komorbiditenin artmasında en önemli faktörler olan sigara, sedanter yaşam tarzı, obezite, sağlıklı ve bilinçsiz beslenme gibi olumsuz faktörlerin önüne geçilebilmesi için kapsamlı çalışmaların yapılması gerektiği belirtilmektedir (2-5).

## Yaşlanma Süreci

Multifaktöryel bir süreç olan yaşlanma; yaşam boyunca mikroskopik düzeyden makroskopik düzeye geçmektedir. Her ne kadar geçen zamana bağlı olarak fizyolojik kayıpların ortaya çıkması bekleniyorsa da bu kayıpların hızı bireyden bireye büyük değişiklik göstermektedir.

### Yaşlanmanın karakteristik özellikleri (1):

- 1-Organ sistemlerinin rezerv kapasitelerinde azalma (özellikle stres periodlarında belirginleşme),
- 2-Homeostatik kontrolde azalma (termoregülasyon 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.

## Yaşlı Hastaya Yaklaşım

Günümüzde eskiye oranla daha uzun bir ömür sürme şansına sahip olmanın yaşam kalitesi artmadan bir anlamı olma-

yacağı ve sağlık beklentisinin yaşam beklentisinden çok daha önemli olduğu vurgulanmaktadır. Dolayısı ile genç popülasyonda tıbbin hedefi tedavi iken geriatrik popülasyonda esas hedef hastaların yaşam kalitesinin korunmasıdır. Sağlık çalışanları açısından yaşlıların işlevlerinin sürdürülmesi için, bu yaş gruplarında görülen semptomların azaltılabilmesine odaklanmalı ve öncelikle iyi hasta-hekim ilişkisine özen gösterilmelidir. Ayrıca hekim-bakıcı ve hekim-aile ilişkisi de son derece önemlidir. Terminal hastalarda tanı ve tedavi prosedürlerini uygularken olanaklar çerçevesinde az mental ve fiziksel hasar oluşturmaya çalışılmalı ve hasta ile ailesi duygusal olarak da desteklenmeye çalışılmalıdır.

### Temel ilkeler:

Geriatrik hastalar söz konusu olduğunda göz önüne alınması gereken temel ilkeler:

1-Yaşlılarda hastalıkların prezantasyonu değişiklidir. Semptomlar hastalığın bulunduğu organ sisteminin semptomları olmayabilir (70 yaş üstü bireylerin %70'inde miyokard enfarktüsü sırasında göğüs ağrısı yerine konfüzyon, düşme, çarpıntı veya nefes darlığı olmakta, hipertiroidi ise yaşlılarda taşikardi, terleme veya anksiyete yerine depresif ve apatik görünüm ile karşımıza çıkmaktadır).

2-Hastalıkların prezantasyonu nonspesifiktir. Yataktan çıkamama, yememe gibi sadece nonspesifik yakınmalar olabilir.

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

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

5-Yaşlılarda polifarmasi-çoklu ilaç kullanımı oranı yüksektir (6). 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.

### Geleceğe yönelik kararlar:

Yaşlı hastalar açısından geleceğe yönelik karar direktifleri de önem taşır. ABD'de bunlar yaşam isteği ve sağlık vekaleti olmak üzere iki kısımdır. Yaşam isteği hastanın ileride kendisi karar veremeyecek bir duruma düştüğünde kendisine yapılmasını istediği ve istemediği işlemleri kapsar. Sağlık vekaleti ise hastanın güvendiği ve kendisi karar veremeyecek bir duruma düştüğü zaman kendisi yerine karar verecek kişiyi belirlemesidir. Kanunen bu kişiler hastanın doktoru olamazlar. Bu önemli dökümanlar hasta ve hastanın doktoru arasında hastanın yaşamının sonuna kadarki bakımında iletişim açısından son derece önemlidir.

## Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesi

Belli bir organ sistemine veya hastalığa ait olmayan bazı semptomlara yaşlı hastalarda sık rastlanmaktadır (7-9). Hasta değerlendirilirken mutlaka göz önüne alınması gereken semptomlar şunlardır:

**1-Baş ağrısı:** Yaşlılarda ani başlayan baş ağrılarının nedeni sıklıkla intrakranial kitle veya temporal arterit olabilir. Servikal spondiloza bağlı oksipital baş ağrıları olabileceği de unutulmamalıdır.

**2-Halsizlik:** Bu semptomun akut olarak gelişmesi klinisyene miyokard enfarktüsünü, serebral trombozisi veya bir infeksiyon hastalığını, kronik olarak gelişmesi ise aterosklerotik kalp hastalığını, anemiyi, kronik pulmoner hastalıkları, kronik infeksiyonları, tiroid fonksiyon bozukluklarını, tiazid grubu diüretik kullanımına bağlı hipopotasemiyi, hipnotik kullanımını hatırlatmalıdır.

**3-İştahsızlık:** Depresyon, kronik karaciğer ve böbrek hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları yanında tat ve koku duyusundaki kayıplara bağlı yeme isteğinde azalma da olabilir.

**4-Vertigo:** Sıklıkla vertebral arter yetmezliği, iç kulak patolojisi, serebellum, beyin sapı lezyonu veya postural hipotansiyona bağlı olarak gelişebilir.

**5-Konstipasyon:** Lifli besinlere diyetle az yer verilmesi, abdominal adelelerde kuvvet kaybı ve pelvik tabanda gevşeme nedeniyle ortaya çıkmaktadır.

Herhangi bir hastalık veya semptom nedeni ile hastaneye başvuran yaşlı kişide tedavi edilmesi gereken pek çok sorun olabilir. Dolayısı ile tüm semptomlar tek hastalık ile açıklanmaya çalışılmamalı, herhangi birinin farklı hastalık belirtisi olabileceği göz önüne alınmalıdır.

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 (10,11). Genellikle yaşlı hastanın bellek eksikliği veya demansı 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. Hastaların aktivitelerini yapabilme yeteneğinin ölçümü için "günlük yaşam aktiviteleri"ne yönelik ölçekler kullanılmalıdır. Geriatrik grupta değerlendirilmesi gereken diğer alanlar ise şöyle sıralanabilir: suistimal ve ihmal, afektif bozukluklar, hastabakıcı stresi, kognitif bozukluklar, bası yaraları, diş sorunları, ileri direktiflerin belirlenmesi ve gerekirse tartışılması, düşmeler, beslenme yetersizlikleri, yürüyüş anormallikleri, işitme bozuklukları, inkontinans, tekrarlayan infeksiyonlar, osteoporoz, ayak sorunları ve bakımı, çoklu ilaç kullanımı, rehabilitasyon gereksinimleri, uyku ve görme bozuklukları.

#### **Yaşlılarda komorbiditenin düzeltilmesi: (1)**

1-Medikal konular;

A-Tıbbi durumun yeniden gözden geçirilmesi

Özellikle başka bir hastane, klinik veya merkezden gelen hastanın yeniden ve objektif olarak değerlendirilmesi bir şanstır; hastanın durumunda değişiklikler olmuş olabilir. Dolayısı ile, daha önce gözden kaçan patolojiler ele alınabilir ve ayrıca hastanın tedavisinin de devam edip etmeyeceği irdelenir.

B-İlaç yan etkilerinin önlenmesi

İlaç yan etkilerinin başında mental bozukluklar gelmektedir. Yaşlılarda ilaçlar ile ilgili sorunların ortaya çıkma nedenleri: Çoklu ilaç kullanımı, ilaçların önerildiği şekilde kullanılmaması, yan etkilere ve ilaç etkileşimlerine uygun durumların varlığı, farmakokinetikteki değişiklikler ve reseptör duyarlılığında azalmadır (6).

C-Hipotansiyon

Yaşlılarda kısa süreli yatak istirahatinden sonra bile ortostatik hipotansiyon oluşabilmektedir. Hastanın özellikle kullandığı ilaçlar (nitratlar, antihipertansifler, levadopa, diüretikler, fenotiazin, trisiklik antidepressanlar) sorgulanmalı, otonomik disfonksiyon değerlendirilmeli (pupiller yanıt, anormal terle-

me, SSS hastalığı, Valsalva manevrasına yanıt) veya sıvı kaybı, aldosteron veya kortizol düzeylerine yönelik laboratuvar incelemeler yapılmalıdır.

2-Mental ve emosyonel durum;

A-Depresyon

Uyku bozukluğu, iştah kaybı, konstipasyon, konsantrasyon bozukluğu, hafıza zayıflığı, psikomotor retardasyon varlığı ciddi depresyon belirtisidir.

B-Anksiyete (sınırdaki bir anksiyete hastaneye yatış aşamasında alevlenebilir)

C-Deliryum (uyku bozuklukları, halüsinasyon ve ajitasyona neden olabilir)

D-Demans (%50-60'ı Alzheimer'a, %20'si multienfarkta bağlıdır. Geriye kalanlar potansiyel olarak geriye dönüşü olabilecek olan; subdural hematoma, beyin tümörüne, okült hidrosefaliye, sfilize, hipotiroidiye, hipertiroidiye, hiperkalsemiye, vitamin B12 veya Niasin yetersizliğine, ilaç toksisitesine, depresyona veya kardiyak, renal hepatik yetmezliğe bağlı olabilmektedir)

#### **Geriatrik sendromlar (1)**

##### **1-Inkontinans**

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

##### **2-Uyku bozuklukları**

Hastane ortamı (vital 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, depresyon, anksiyete, huzursuz bacak sendromu, kronik ağrı sendromu, semptomların gece belirginleştiği konjestif kalp yetmezliği veya anjina varlığı araştırılmalıdır.

##### **3-Ağrı**

Yaşlılarda sık rastlanan ağrılı durumlar (kanser dışındaki-ler):

A-Damarsal kökenli ağrılar: Otoimmün hastalıklar (Temporal Arterit), iskemik hastalıklar (anjina pektoris, periferik vasküler hastalıklar), tıkaçıcı hastalıklar (arteryel veya venöz tıkanıklıklar)

B-Nörojenik kökenli ağrılar: Sinir kökü irritasyonları, periferik nöropatiler, postherpetik nevraljiler, talamik sendrom

C-Kemik kökenli ağrılar: Senil osteoporoz, Paget hastalığı

D-Eklemler kökenli ağrılar: Osteoartrit, servikal-lomber spondiloz, eklemleri tutan diğer hastalıklar

E-Adale kökenli ağrılar: Polimiyaljiya romatika, hastalıklara veya ilaçlara ikincil miyopatiler, fibromiyalji, miyofasiyal ağrılar, immobilizasyona bağlı adale ve tendon kontraktürleri

F-Viseral kökenli ağrılar: Peptik ülser veya hiatal herni, kolelitiazis, divertiküller, spastik kolon, konstipasyon, hemoroid

##### **4-Düşmeler**

Yaşlılardaki pek çok fizyolojik kayıp düşmeye neden olabilmektedir. Bunların başında görsel algıda bozukluk, postüral instabilite, hareketsizlik, ortostatik hipotansiyon, alt ekstremitelerde kuvvetsizlik ve vertigo 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.

Yaşlılarda sık görülen sağlık sorunları İngilizce'deki baş

harfleri dikkate alınarak "Yaşlılığın 7 l'si" olarak adlandırılmıştır (10).

- 1-Intellectual failure (Bilişsel yetersizlik),
- 2-Immobility (Hareketsizlik),
- 3-Instability (Dengesizlik),
- 4-Incontinence (İdrar-gaita tutamama),
- 5-Insomnia (Uykusuzluk),
- 6-latrojenik problems (Tanı veya tedavi girişimlerinden kaynaklanan sorunlar),
- 7-Involvement of the families (Ailelerin katılımı)

### Geriatrik Rehabilitasyon

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. Yaşlılarda yeti kaybına ve özürllülüğe neden olan durumların başında kalça kırıkları, artiritler ve eklem replasmanları, inme, amputasyon, spinal kord zedelenmesi ve travmatik beyin hasarı gelmektedir. 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.

### Yaşlılarda Acil Müdahale Gerektiren Durumlar

**1-Göğüs ağrısı:** Koroner arter hastalığı, torasik aorta diseksiyonu, pulmoner emboli, pnömotoraks, perikardit, akut kolestist, peptik ülser, özofajit, herpes zoster, kas ve iskelet sisteminde ait patolojiler olabilir.

**2-Senkop:** İlaçlar (diüretikler, hipertansifler, nitratlar, kalsiyum kanal blokerleri, antiaritmikler, antidepresanlar, antipsikotikler, B-blokerler, dijital), vazovagal senkop, miyokard infarktüsü, kardiyak aritmi, nöbetler, aort stenozu, hipertrofik kardiyomyopati, pulmoner hipertansiyon, ortostatik hipotansiyon olabilir.

**3-Gastrointestinal sistem kanaması:** Üst GİS için: Gastrik ülser, duodenal ülser, özofajit olabilir. Alt GİS için: Divertikülozis, vasküler ektazi, radyasyon proktitisi, kolorektal kanser, kolon polipleri olabilir.

**4-İnfeksiyonlar:** Üriner infeksiyon, pnömoni

**5-Termoregülasyon bozukluğu:** Hipotermi veya hipertermidir (7-9).

### Yaşlılarda İlaç Kullanımı

Yaşlılarda ilaç farmakolojisini etkileyebilecek fizyolojik değişiklikler; ilacın dokular tarafından emilimi, vücut içindeki dağılımı, vücuttaki kullanımı, vücuttan atılımı ve etki etmesi beklenen dokulardaki reseptör duyarlılığında ortaya çıkan değişikliklere bağlı olarak etkisi yaşlılarda farklılıklar arz etmektedir (12).

Yaşlılarda en sık yan etki oluşturan ilaç grubu santral sinir sistemi depresyonu yapan ilaçlardır, bunları antibiyotikler, analjezikler, antikoagülanlar, antihipertansifler, bronkodilatörler, diüretikler ve oral hipoglisemik ajanlar izlemektedir. İlaç yan etkisi olabileceğini düşündürmesi gereken bulguları ise yaşlılar göz önüne alındığında şöyle sıralanabilir; depresyon, konfüzyon, huzursuzluk, düşme, hafıza kaybı, ekstrapiramidal sistem bulguları (Parkinsonizm, tardiv diskinezi), konstipasyon ve inkontinans.

Yaşlılardaki ilaç kullanımına yönelik çalışmalarda reçetesiz olarak kullanılan ilaçların %40-60'ının analjezikler, laksatifler ve vitaminler olduğu belirlenmiştir.

### Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımına zemin hazırlayan faktörler:

Farklı doktorlara giderek çok sayıda reçete alma, reçetele-re çok kalem ilaç yazılması, doktorların fazla sayıda ilaç yazmaya eğilimli olmaları, hastaların bu yöndeki beklentileri, tanıdan ziyade yakınma ve belirtilere yönelik olarak ilaç kullanılması, eski ilacı kesip yeni ilaca başlama eğilimi, kullanılan ilaçların otomatik olarak tekrar yazılması, çok sayıda reçetesiz ilaç satılması, aileden veya çevreden ilaç alarak kullanma eğilimi vb (5,6).

### Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımının temel ilkeleri dokuz ana başlık altında ele alınmaktadır:

- 1-İlaç tedavisinin gerekli olup olmadığı irdelenmelidir.
- 2-Halen kullanılan ilaç ve sigara-alkol gibi maddeler bilinmelidir.
- 3-Reçeteye yazılan ilaçların farmakolojik özelliklerinin bilinmesi gerekir.
- 4-Yaşlılarda tedaviye düşük doz ile başlanmalıdır.
- 5-Doz veya ilaç kombinasyonları, ya da ilacı kesme kriterleri dikkatle belirlenmelidir.
- 6-Tedavi mümkün olduğunca basitleştirilmelidir, böylece yaşlı hastanın uyumu artacaktır.
- 7-Tedavi düzenli olarak gözden geçirilmelidir.
- 8-Hastanın gereksinimi olmayan ilaçlar tedaviden çıkarılmalıdır.
- 9-Her ilacın yeni sorunlar yaratabileceği akılda tutulmalıdır.

### Yaşlılarda ilaç araştırmaları

İleri yaştaki kişilerde ilaç araştırmaları; gönüllülük oranının az olması, çalışmayı terk etme oranının yüksek olması, yaşlanmayla ortaya çıkan görme ve işitme yetilerindeki kayıplara bağlı olarak aydınlatılmış onam alınmasının güçlüğü ve bütün bunlara bağlı olarak daha fazla denek alınması gerektiği için araştırmanın giderlerinde artış olması nedeni ile oldukça zordur. Aydınlatılmış onam; hastanın bilgilendirilmesi, tıbbi karara katılımının sağlanması ve hekimin hasta ile işbirliğine girmesi sürecini kapsar. Bu süreçte yaşlının anlayabilme, kavrayabilme, değerlendirebilme ve seçebilme yetisinin olması, yani akli yeterliliği gösterir yetilerin sağlam olması gerekir ki, Alzheimer ve demans hastalarında bu yetilerin kaybı söz konusudur. Böyle durumlarda yaşlıyı temsil eden kişi, yani vekil tayini gerekir. Potansiyel vekil; eş, çocuk veya hekimdir. Yaşlı ve demanslı hastalar ile ilgili olarak ilaç araştırmalarında uygulanan aşırı koruyucu önlemlerin, demanslı yaşlı hastaların yararlanma olasılığı olan araştırmaları engellediği yönünde görüşler de mevcuttur.

### Yaşlılıkta Koruyucu Hekimlik

Yaşlılıkta koruyucu hekimliğin temel ilkeleri şunlardır:

Yalnızlıktan korunma, iş-uğraşı olanaklarının sağlanması, fiziksel etkinliklerin, egzersizlerin sürdürülmesi, beslenmeye dikkat edilmesi (yaşlılar ekonomik nedenlerle, eğitimsizlik nedeni ile, dış sorunlarından dolayı veya mental bozukluklar nedeni ile yeterli beslenemeyebilirler), kazalardan korunma, ayak bakımı, sigaranın bırakılması, aşılama programları (pnömokok, influenza, virüs), kanser taramaları, görme ve işitmenin korunması, nöropsikiyatrik işlevler (yaşlılarda bir yakının kaybedilmesi, hastalık nedeniyle evden çıkamama, hastaneye yatırılma

bu işlevlerde yitime neden olur), anemi araştırılması (yaşlılarda anemi oranı %2'dir, gizli kanama odağı, malnutrisyon yani beslenme bozukluğuna veya gizli enfeksiyona bağlı olabilir).

### 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.

## Etik Boyut

Geriatride etik kavramı, sağlık alanındaki etik uygulamalardan 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 tanımlanmıştır. Etik ise "ahlağın analizi ve sistematik düşünce" olarak tanımlanabilir.

Etik bir olay değerlendirilirken doktor bir karara varmak için yaşı temel almadan önce dikkatlice düşünmelidir. Genel olarak etik problemleri çözümde yaklaşım yaşlı bireylerle gençler arasında farklılık göstermez. Ancak yaşlı bireyler fizyolojik, psikolojik ve sosyal rezervlerindeki farklılıklar nedeniyle istenmeyen etkiler açısından daha büyük risk taşırlar. Belirli bazı durumlarda yaş, karar vermek için gerçek nedenin yerine kullanılabilir. Örneğin; 80 yaş üzerindeki bireyler daha yüksek oranlarda çoklu özürüllülüğe sahiptir, birden fazla özürüllülüğe sahip bireyler genellikle cerrahi girişimler için kötü adaylardır. Bu nedenle 80 yaş üzerinde cerrahi girişimler sınırlandırılmalıdır. Yani cerrahi girişimlerin sınırlandırılmasının nedeni yaş değil, bireyin fiziksel ve fonksiyonel durumudur. Ancak fizyolojik, psikolojik ve sosyal rezervleri yeterli olan ve cerrahi girişimden fayda görebilecek 80 yaşındaki bir hasta sadece yaşı nedeniyle reddedilmemelidir. Tam tersine sağlık durumu daha kötü olan 80 yaşındaki bir bireye cerrahi önermemek için geçerli nedenler olabilir. Bu nedenler hastaya anlatılmalıdır. 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 her şeyi bilemez, ancak hastanın değer yargıları, amaçları ve tarzı konusunda bir fikrinin olması etik kararlar için gereklidir. Duygular oldukça bireyseldir, özellikle doktorlar bazı durumlarda hastalardan farklı duygulara sahip olabilirler. Gelecekteki tıp etiğinin hastanın iyilik yararını birincil değer olarak görmesi, hekimin yararlılık ilkesine uygun davranışı olarak açıklanabilir. Bu yaklaşımın bir sonucu olarak hekim hastasının sağlığıyla ilgili kararları tek başına almakta ve daha ileri noktalarda da "paternalizm" (babacıl tutum) olarak tanımlanabilen hekimin otoriter konumu ortaya çıkmaktadır. Hekimin hastası üzerinde belli bir otorite konumunda olması sonucu, hasta kendisine yapılan müdahaleler hakkında hiçbir bilgi talebinde bulunmamakta ve karar vermemekte, büyük bir inanç ve güvenle kendisini hekimine teslim etmektedir.

Etik, bazı prensiplere dayanır. Bu prensipler karşılaşılan problemlerin çözümlenmesinde yol gösterici olarak, ana hatların belirlenmesi için kullanılabilir. Etik kavramlar toplumun gelenekleri, alışkanlıkları ve kuralları ile bağlantılıdır. Dominant

etik teoriler ve prensipler incelendiğinde, teoriler arasında da bazı görüş ayrılıklarının doğduğu gözlemlenebilir.

Doktorlar bazı zor problemleri, alınan kararların kanuni olup olmadığını sorarak çözebilmeyi isteseler de, kanunlar çok yönlendirici değildir. Etik sorunların genellikle duygusal yönü vardır ve yasal teamüller fikir ayrılığı gösterebilir veya belirli bir vaka için uygulamada belirsizlikler olabilir. Eğer doktorlar uygulamalarını, yasal riskleri bilerek ve kararlarının her aşamasını dökümanate ederek yönlendirirlerse, yasal görüş iyi tıbbi ve etik uygulamalar ile çakışmayacaktır. Bu nedenle doktorlar, güvenilir kaynaklardan tıbbi uygulamaları açısından yasal düzenlemeleri öğrenmelidir (13).

## Eğitim Boyutu

Günümüzde "yaşlı sağlığı" konusunda deneyim arttıkça, ilgi de giderek artmaktadır.

Dünyanın pek çok lider tıp fakültelerinde tüm cerrahi ve medikal branşlarda geriatri eğitim programının gerekliliği doğrultusunda müfredat değişikliğine gidilmektedir. Hem tıp eğitimi süresince ve hem de pediatri dışındaki tüm uzmanlık dallarının eğitimi kapsamında tıpta çok özel bir risk grubu niteliğindeki yaşlıların sağlık sorunlarına çözüm üretilmesi ve toplumların sağlıklı yaşlanabilmesi konusunda dersler ve kurslar düzenlenmektedir (14,15). Bunların önde gelenlerinden "The Boston University Center of Excellence in Geriatrics" tarafından düzenlenen ve hedef kitlesi, tüm tıp öğrencileri ve tüm araştırma görevlileri olan kurs programı kapsamındaki modüllerde; Geriatri'nin kapsamı, klinik eğitim, kanıta dayalı tıp ve sağlık sistemleri (bakım, koruyucu vb.) detaylı olarak ele alınmaktadır.

## Son Söz

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 (7-9). Günümüzde yaşlıların beklentisi; yaşamlarını güvenli ve sağlıklı bir ortamda, olanaklar çerçevesinde bağımsız olarak ve en önemlisi de üretken bir şekilde sürdürebilmek üzerinde yoğunlaşmaktadır (16).

Toplumda yaşlıları hedef alan programlarda beslenme ve egzersiz gibi sağlıklı yaşam davranışlarının kanıta dayalı tıp çerçevesindeki çalışmalar temel alınarak yerleştirilmesi, beslenme ve egzersiz programlarının uygulanabilir ve yaşlılarca kabul edilerek benimsenebilir bir format geliştirilerek hazırlanması ve yaşlanma ile ortaya çıkan yeti kayıplarının da uzun soluklu prospektif araştırmalarla irdelenmesi önerilmektedir (16-18).

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzmanı hekim bu süreçte yaşlının fonksiyonel ve tıbbi durumunun belirlenmesinde, tedavi aşamasında gerekirse interdisipliner yapılanmanın organizasyonunda, tedaviyi uygulayan tüm ekip elemanları ile sıkı bir işbirliğiyle gerçekçi hedeflerin belirlenmesinde ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinde en önemli rolü oynayan uzmanlık dalına mensup hekimlerden biri olacaktır (1).

Hekimlerin yaşlanan nüfusun gereksinimlerini en iyi şekilde karşılamak üzere eğitim almaları ve deneyim kazanmaları; yaşlı bireylerin toplum içinde aktif olmalarına ve aktif yaşlan-

ma 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. Böylesi kapsamlı bir tanım, "iyi hekimlik uygulamaları" çerçevesinde kapsamlı bir yaklaşımı da gerektirmektedir. Yaşlıya yaklaşımda değişik uzmanlık dallarının sadece kendi bilgi ve deneyimleri değil, ayrıca bunların çok yönlü paylaşımı da yararlı olacaktır. Tüm uzmanlık dallarına mensup hekimler ve pratisyen meslektaşlarımız diğer uzmanların birikimlerinden yararlanacak, sınırlar genişleyecek ve sonuçta hekimler "yaşlı sağlığı" konusunda kendi temel uzmanlık dallarının ve deneyimlerinin üstünde bir bilgi ve beceri donanımına sahip olacaklardır. Bu donanımın da mesleki gelişimlerine ve hastalarına sundukları hizmetlere olumlu katkıları yadsınmaz.

### Kaynaklar

1. Clark GS, Siebens HC. Geriatric Rehabilitation. In: De Lisa J, editor. Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2005. p. 1531-60.
2. Gökçe Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S, editors. Geriatri, Cilt 1 ve 2, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997. p. 396-413.
3. Gökçe Kutsal Y. Neden Geriatri. Geriatri 2000 Sempozyum Kitabı. Ankara: Ankara Tabip Odası Yayınları; 2000. p. 39-41.
4. Gökçe-Kutsal Y, Aydın E, Güç O, Güler Ç. Geriatri. Hacettepe Tıp Derg 2000;31(1):40-58.
5. Gökçe Kutsal Y. Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 2003;24(3-4):1-6.
6. Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda analjezik ve antiinflamatuvar ilaçların akılcı kullanımı. In: Gökçe-Kutsal Y, editor. Geriatri. İstanbul: Turгут Yayıncılık; 2002. p. 173-9.
7. Gökçe Kutsal Y, Bal S. Yaşlılık ve Kadın Sağlığı. In: Akın A, editor. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Ankara: HÜKSAM Yayını, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi; 2003. p. 191-208.
8. Gökçe Kutsal Y, editor. Geriatri, Modern Tıp Seminerleri Serisi No: 30. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2004.
9. Gökçe Kutsal Y. Yaşlanan kadının sağlık sorunları. Yaşlanan Kadın Sempozyumu. 7 Mart 2005, HÜKSAM-H.Ü.GEBAM (www.gebam.hacettepe.edu.tr)
10. İnanıcı F, Gökçe-Kutsal Y. Geriatri. In: İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S, editors. İç hastalıkları, Cilt 1. Ankara: Güneş Kitabevi; 2003. p. 215-36.
11. Johnston B. Geriatric Assessment. In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL, editors. Current Geriatric Diagnosis and Treatment. Lange Medical Books/Mc Graw Hill, USA, 2004. p. 16-20.
12. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe-Kutsal Y. Drug use in older people. J Am Geriatr Soc 2002;50:1163-8.
13. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Geriatri ve Etik. In: Yaşama dair etik bir bakış. Ankara: Ankara Tabip Odası Yayınları; 2002. p. 112-32.
14. Levine SA, Caruso LB, Vanderschmidt H, Silliman RA, Barry PB. Faculty Development in Geriatrics for Clinician Educators: A Unique Model for Skills Acquisition and Academic Achievement. J Am Geriatr Soc 2005;53:516-21.
15. Potter JF, Burton JR, Drach GW, Eisner J, Lundebjerg NE, Solomon DH. Geriatrics for Residents in the Surgical and Medical Specialities: Implimentation of Curricula and Training Experiences. Am Geriatr Soc 2005;53:511-5.
16. Majercsik E. Hierachy of Needs of Geriatric Patients. Gerontology 2005;51:170-3.
17. Swartz MH. The Geriatric Patient. In: Textbook of Physical Diagnosis History and Examination. WB Saunders, USA, 2002. p. 733-46.
18. Johnson CSJ, Mahon A, Leod WM. Nutritonal, functional and psychological correlations of disability among older adults. J Nutr Health Aging 2006;10(1):45-50.
19. Kolbe-Alexander TL, Lambert EV, Charlton KE. Effectiveness of a community based low intensity exercise program for older adults. J Nutr Health Aging 2006;10(1):21-9.