

Sağlık Perspektifinden Yaşlılık

THE HEALTH OF ELDERLY

Mahir GÜLEÇ, Ö.Faruk TEKBAŞ

* Dr.Genelkurmay Başkanlığı Sağlık Daire Başkanlığı, Halk Sağlığı Uz.

** Dr.GATA Halk Sağlığı ABD, Halk Sağlığı Uz. Öğr., ANKARA

Giriş ve Genel Bilgiler

Endüstrileşmiş batılı ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Bunun en önemli nedenleri olarak "Son 50 yılda hızlanan teknolojik gelişmelerle beraber daha sağlıklı yaşam koşullarının oluşması; antibiyotiklerin keşfiyle enfeksiyon hastalıklarının etkinliğini yitirmesi; insanların eğitim düzeylerinin yükselmesi ve sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle toplumun sağlık durumunda gelişmeler sağlanması" görülmektedir. Mortalite hızlarında önemli düşmeyle birlikte insanlar daha çok yaşamakta, doğumda yaşam beklentisi tüm ülkelerde artmaktadır. Bunun yanında, bir çok ülkede doğum hızlarında genel bir düşüş gözlenmektedir. Bu da toplumda yaşlı kesimin oranını giderek arttırmaktadır (1,2).

Gelişmiş ülkelerle, gelişmekte olan ülkelerin arasındaki önemli farklardan biri gelişmiş ülkelerin yaşlı nüfus oranının yüksek olması ve bunun sonuçları ile karşılaşmaları; gelişmekte olan ülkelerin ise bu durumun sağlık, ekonomik ve sosyal etkileri ile henüz karşılaşmamış olmalarıdır. Gelişmekte olan ülkeler için henüz bir sorun olmamakla birlikte, bu ülkelerin çok yakın gelecekte yaşlılık sorunlarıyla karşılaşmaları kaçınılmazdır (1). Çünkü demografik, ekonomik ve teknolojik gelişmeler konunun gündeme gelmesine neden olmaktadır (3).

Geliş Tarihi: 05.03.1997

Yazışma Adresi: Dr. Mahir GÜLEÇ
Genelkurmay Başkanlığı
Sağlık Daire Başkanlığı,
Bakanlıklar, ANKARA

Yaşlı nüfusun diğer yaş gruplarından daha hızlı artması ile yeni aile kalıpları oluşmuş, değerlerin ve ilişkilerin değişmesi karşısında yaşlıların artan ve çeşitlenen gereksinimleri fiziksel ve sosyal sorunları da beraberinde getirmiştir (4).

Çağımızda yaşlılık sorunlarına çözüm bulabilmek için yeni disiplinler ortaya çıkmıştır. Yaşlıların biyolojik, psikolojik, ekonomik, sosyal sorunlar gibi tıbbi olmayan sorunları ile gerontoloji, tıbbi sorunları ile geriatri bilimi uğraşmaktadır (5).

Yaşlılar üzerine yapılan araştırmalar daha çok yaşam süresini uzatma üzerine odaklanmış; bağımsız ve kaliteli yaşam sürdürebilmelerine yönelik çalışmaların önemi yeni anlaşılmaya başlamıştır (6). Oysa yaşlıların fiziksel ve zihinsel gerilemelerinin kaçınılmaz olmasına karşılık, onların var olan kapasitelerinin geliştirilmesi, sosyal ve ekonomik açıdan faal bir yaşam sürdürmelerinin sağlanması temel amaç olmalıdır (4).

Tanım

Yaşlılığın tanımı tam olarak yapılamamakla birlikte; "Zamana bağlı olarak, kişinin değişen çevreye uyum sağlama yetisi ve organizmanın iç-dış etkenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması; böylece ölüm olasılığının yükselmesi olarak tanımlanabilir (7).

Başka bir tanım; "Belirli bir süre geçmesine bağlı olarak ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik işlev değişikliği ve bağımsız bir yaşamdan bağımlı bir yaşama geçiştir." şeklinde yapılmıştır (8).

Genellikle insan yaşamının iki bölümden oluştuğu düşünülür: İlki doğum, büyüme ve gelişme evresini içeren "gençlik", ikinci bölüm ise hücresel

atrofi ve fonksiyonlarda gerileme ile birlikte ortaya çıkan "yaşlılık" olarak ele alınır (8). Bu yaklaşım her insan için farklı süreçlerde seyreden yaşlılığın biyolojik tanımıdır.

Sosyal olarak yaşlılık; kişinin toplum içinde yaşlı olarak tanımlanması ile başlamaktadır (9).

Ekonomik tanımlamada; kişinin emekli olması ile yaşlılık başlamaktadır (8, 9).

Kronolojik tanımda yaşlılığın başlangıcı için bir yaş sınırı kullanılır. Uluslararası karşılaştırmalarında yaygın olarak kronolojik tanım kullanılır.

Emekli olma yaşı, yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilebilir. Ancak bu yaş ülkeden ülkeye (hatta aynı ülke içinde kurumlar arasında) farklılık gösterebilir. Örneğin, İngiltere'de erkekler için 65, kadınlar için 60 olarak kabul edilen emeklilik yaşı; ülkemizde Sosyal Sigortalar Kanununa göre kadınlar için 50, erkekler için 55 yaşır (10).

Yaşlılık dönemi kendi içinde orta yaşlı kişiler (46-59 yaş arası) Yaşlılar (60-74 yaş) ve İleri derecede yaşlılar (75 yaş ve üzerindeki) olmak üzere üç bölümde ele alınabilir (8).

Toplumların karşılaştırılabilmesi için yaşlıların diğer yaş gruplarına oranı belirleyici bir ölçüttür. Bu oran uluslararası karşılaştırmalar ve sınıflandırmalarda kullanılmaktadır.

Dünya toplumları yaş özellikleri açısından dört gruba ayrılmaktadır (11).

1. Genç toplumlar: Bu toplumlarda nüfusun %4'ten azı 64 yaşın üzerindedir. Az gelişmiş ülkeler (Afrika'nın bazı ülkeleri, Güney Asya, Orta Amerika ülkeleri) bu gruptadır.

2. Erişkin toplumlar: 64 yaş üzerindeki nüfus %4-7 arasındadır. Çin dahil Batı Asya ve Güney Amerika ülkeleri bu gruptadır. Ülkemiz de bu gruba dahildir.

3. Yaşlı toplumlar: Yaşlı nüfus oranı %7-10 arasındadır. Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda ve Japonya gibi ülkeler bu gruptadır.

4. Çok yaşlı toplumlar: Bu toplumlarda yaşlı nüfus oranı %10'un üzerindedir. Bu toplumlarda fertilite hızı çok düşük olması yanında genç nüfusun göç etmesi de buna katkıda bulunmaktadır. İsveç, İrlanda, Finlandiya, Norveç gibi gelişmiş Avrupa Ülkeleri bu gruptadır. İsviçre %17 ile en yaşlı toplumdur.

Ülkemizde Yaşlı nüfus oranı; 1950'de %3.3 iken 1980'de %4.7'ye, 1990'da %4.3'e ulaşmıştır. Bu oranın 2000 yılında %5.7'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Tarihte Yaşlılık

Geçmiş yüzyıllarda çok az sayıdaki insan günümüzde ileri sayılabilecek yaşlara ulaşabilmekteydi. Eğitim olanaklarının son derece kısıtlı olduğu önceki yüzyıllarda görmüş-yaşamış bu kişilere bilgi kaynağı olarak bakılırdı (12).

Tevrat'ta yaşlıların saygınlığı ve bilgeliği üzerinde durulmaktadır. Daha sonra Eflatun (İ.Ö. 427-347) Popliteia adlı yapıtında yaşlanmanın bireysel yönünü vurgulamış ve yaşlılık döneminin nasıl yaşanacağını büyük ölçüde gençlik ve erişkinlik çağlarındaki yaşam biçimi tarafından belirlendiğini ileri sürmüştür (13). Bu görüş aynı zamanda günümüzdeki yaşlılık hastalıklarından korunmanın daha çocukluktan itibaren başlaması gerektiği yönündeki görüşe oldukça yakındır (Örneğin, çocukluk çağında kişilerin kilo almasının önlenmesi, zararlı alışkanlıklardan kaçınması, bazı hastalıkların erken tanı ve tedavisinin yapılması yaşlılık sırasındaki sağlığını etkilemektedir).

Hipokrat (İ.Ö. 460-377) yaşlılığı 56 yaşında başlatmış ve yaşlılığın tanımını "İhtiyarların gençlerden daha az besine ihtiyaçları vardır. Solunum güçlükleri, öksürük nöbetleri, sidik zoru, oynak yerlerinde ağrılar, böbrek hastalıkları, baş dönmeleri, beyin kanamaları, zayıflama, uykusuzluk, yaygın kaşıntı, onlara ıstırap verir. Bağırsaklarından, gözlerinden, burun deliklerinden sular sızar. Çoğunlukla gözlerine perde inmiştir. Görme duyuları zayıflar, iyi işitemezler." şeklinde yapmıştır (13, 14).

Shakespeare (1564-1616) insan yaşamını yedi bölüme ayırmış ve bunun son iki dönemini yaşlılığa ayırmıştır. Yaşlanma ile fizik yapının değiştiği, bedensel özürlerin ortaya çıktığı, beden yıprandığı, aynı zamanda davranışlarda ve algılamada da değişimlerin başladığı, özellikle zihinsel işlevlerin zayıfladığını belirtmiştir.

Goethe (1749-1832) yaşlılığın davranışları kısıtlamasına karşı çıkmış ve bireyleri yeni duruma uyum sağlamaya yöneltmiş, aktif olması yönünde cesaretlendirmiştir (13).

Japonya'da araştırmacılar 1920'li yıllarda yaşlanmanın psikolojisi ile ilgilenmişler; antropometrik değişim-zihinsel fonksiyonlardaki değişim ilişkisini araştırmışlardır.

1946'da İngiltere'de yaşlıların sağlıklarını ve genel durumlarını inceleyen "Nuffield Foundation" kurulmuştur. 1958'de Fransız Gerontoloji Birliği kurulmuş, böylece 1960'lardan itibaren Geriatri ve Gerontoloji bilimleri daha hızla gelişmeye başlamıştır (15).

1970'lerin sonlarında ise İngiltere'nin değişik bölgelerinde yapılan araştırmalarda; yaşlıların tutum, davranış ve sağlık durumlarına yönelik araştırmalar yapılmıştır. Geriatrik koruyucu hizmetler hastalıkların teşhisinden çok fonksiyonların değerlendirilmesine yönelik araştırmalara ağırlık vermişlerdir (16).

Son zamanlarda daha kapsamlı yaklaşımlar benimsenmeye başlamış; birden çok disiplinin birlikte çalışması ve fiziksel - sosyal fonksiyonları birlikte değerlendirme düşüncesi ağırlık kazanmaya başlamıştır (16).

Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (DBYS)

Ülkelerin karşılaştırılmasında yaşlı nüfus oranının yanında kullanılan bir diğer gösterge DBYS'dir. Belirli bir yaştaki kişilerin kaç yaşına kadar yaşayabileceğinin tahmini esasına dayanır. Toplumların yaşlılık oranını belirleyemez, ancak DBYS arttıkça daha ileri yaşlara ulaşan kişi sayısında artış olacağına da bir göstergesidir. DBYS üzerinde yalnızca sosyal ve ekonomik faktörler önemli rol oynamaz, aynı zamanda sağlık hizmetinin kalitesi, ulaşılabilirliği, sosyal hizmetlerin var olması da önemli rol oynar (17-19).

Bazı ülkeler için 1970 ve 1994 yıllarındaki DBYS aşağıda verilmiştir (20).

Ülke	1970	1994
İsveç	74.2	78.0
Japonya	71.7	79.0
Türkiye	54.5	66.0
Meksika	62.4	71.0
Çin	50.0	68.0
ABD	70.3	76.0
Hindistan	41.2	60.0
Brezilya	60.7	66.0
İngiltere	71.6	75.1
İran	50.0	51.3

Cinsiyet

Hemen her ülkede kadınlar genellikle erkeklerden daha uzun yaşarlar. Bunun tek istisnası Bangladeş'tir (21). Erkeklerin yaşam süresi kısa olmasına karşın bağımsız olarak yaşadıkları süre daha uzundur (22). Bazı hastalıklar kadınlarda daha yüksek prevalansa sahiptir. Bunun nedeni bilinmemekle birlikte, hormonal faktörler ve iki cinsiyet arası yaşam biçimi farklılıkları en önemli faktörler olarak yer almaktadır (23-25).

Genellikle erkeklerin daha az yaşaması daha ağır çalışma şartlarına bağlanmaktadır, belki de asıl neden kadınların daha kararlı organizmaya sahip olması, erkeklerin çevresel etkenlere (sigara, stres) daha çok maruz kalmalarıdır (26).

İrk

Kadın ve erkeklerin doğuştan beklenen yaşam sürelerinin uzaması tüm ırklar için söz konusudur. Bununla beraber beyaz ırkın 60 yaşta beklenen yaşam süreleri beyaz olmayanlara göre 7 yıl daha fazladır. Bu fark beyaz ırkla siyah ırk karşılaştırıldığında ve ileri yaşlarda daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır (2).

İrklar arasında DBYS arasındaki farklılıkları genetik faktörlerle açıklamak zordur. Sosyoekonomik şartlar ve yaşam koşullarının etkin bir rol oynadığı varsayımı bugün için ağırlık kazanmaktadır. Düşük sosyoekonomik durumun getirdiği bazı stres faktörlerine (intihar, işsizlik, boşanma) zenciler daha yüksek oranda maruz kalırlar. Buna ilaveten siyah ırkın sosyal şartları daha olumsuzdur. Bütün bu olumsuzluklar siyah ırkta DBYS'nin daha kısa olmasının etmenleridir (13).

Yerleşim yeri

Sanayileşme sürecinin başlaması ile beraber kırsal kesimde yaşayan kalabalık nüfuslu ailelerin sayısı giderek azalmıştır. Bu dönemde veraset gibi nedenlerle çiftçi aileleri bölünmüş ve aile üyeleri iş bulabilmek için köylerden kente göç etmek zorunda kalmışlardır. Birden fazla kuşağın aynı evde yaşaması olgusu, çağımızda giderek azalmaktadır (1). Yaşlıların ağırlıklı yerleşim yerinin şehir merkezi alanlarına kaydığı da bir gerçektir. Kentsel yaşamda kadının çalışma hayatına daha çok katılıyor olması yaşlıların evde bakımını daha zor hale getirmekte; kentsel yerleşimin gereği olan çekirdek aile yapısı yaşlı kişileri yalnızlığa itmektir (27).

Avrupa'da bile yaşlıların sadece %3-4'ü özel konutlar, yurtlar, huzurevleri gibi yerlerde yaşamaktadır. Bu tip kurumlarda yaşamaları çözüm gibi görünse de doğal ortamlarda, toplum içinde, olabiliyorsa yakın aile fertleri ile birlikte ev ortamında gerekli sosyal destek verilerek yaşamaları sağlanmalıdır (13). Yaşlıların en önemli gereksinimleri sosyal ilişkilerdir. Çoğunlukla da insanları ayakta tutan budur. İzole bir yaşam ve yalnızlık çoğunlukla depresyona neden olmaktadır.

Sosyo-ekonomik durum

Pek çok araştırmada sosyoekonomik durumla yaşlı sağlığı arasında doğrusal ilişki saptanmıştır (1,3,12,13). Erken yaşta emeklilik; kişilerin sosyal statülerinin düşmesi ve kendilerine gereksinim olmadığı hissini vermesi nedeniyle yaşlıların sağlık durumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Yaşlılarda fiziksel aktivitenin olması gerekenden düşük olmasının (formsuzluk) ana nedeni olarak sosyal problemler sorumlu tutulmuştur. Ancak ev problemleri, fakirlik, izolasyon gibi problemler de yaşlılarda önemli sorunlar oluşturabilir (23).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, yaşlıların önemli kısmı ekonomik olarak diğer insanlara bağımlıdır. Yaşlı bakımı amacıyla yapılan kurumlar yeterli ve ulaşılabilir değildir. Buna karşın bazı yaşlıların asıl problemi ailesinin geçimini sağlamak gerekçesiyle ileri yaşlara kadar çalışmak zorunda kalmalarıdır (1).

Özellikle gelişmekte olan ülkeler için önemli bir sorun; yaşadıkları çevrenin elverişsiz koşullarının yaşlıların psikolojik, toplumsal ekonomik durumlarını etkilemesi, yaşlının bireysel tatmin ve mutluluğunu azaltmasıdır (3).

Ailenin toplumun üretici bir birimi olma özelliğini kaybetmesi sonucunda, yaşlının aileden bağımsız bir kuruluş tarafından güvence altına alınması gerekmiş ve 1889'da Bismarck döneminde yaşlılık ve sakatlık sigortası yasası yürürlüğe konulmuştur. Söz konusu yasa önce işçileri kapsamış, 1913'te memurlar da yasa kapsamına alınmıştır. Yasayla önce 70 olarak belirlenen yaş sınırı, 1916'da 65'e indirilmiştir. Bismarck'ın temel sosyopolitik hedefi "İşçiye sağlıklı olduğu sürece çalışma hakkı tanımak, hastalandığı zaman tedavisini üstlenmek, yaşlandığı zaman ise bakımını güvence altına almaktır."(13).

Uluslararası araştırmalarda, kişinin iş yaşamından ayrılarak, emekli rolünü üstlenmesi yaşlılığın asıl başlangıcı olarak kabul edilir.

Meslek kişinin kendisini algılaması yanında toplumun onu algılamasını da etkilemektedir. Bu nedenle çalışan bir kişi için meslek; benlik imgesinin önemli bir parçasıdır. Çalışan insan rolünden emekliliğe geçiş, kişinin yeni bir uyum sağlamasını gerektireceğinden, uygun bir planlama ve hazırlık olmaksızın emekliliğe geçiş yapılmamalıdır (12).

Fiziksel etkinliğin ve gelirin azalması, güvensizlik duygusuna ve yaşlıların toplumsal yaşama daha az katılmalarına neden olan belli başlı etmenlerdir. Bireysel ve kurumsal nedenlerden kaynaklanan bu durum yaşlıların toplumsal katılımını sınırlamaktadır. Emeklilik de katılımı sınırlayan nedenlerden birisidir. Yaşlıların toplum yaşamına etkin bir şekilde katılmalarının onlara statü ve prestij kazandırdığını çalışmalar göstermiştir (3).

Yaşlıların Sağlık Durumu

1. Risk grupları

Yaşlılar için sosyal iyilik halinin belirlenmesinde kullanılan ölçütler Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçütlere göre yaşlılar; sık izlenmesi gerekenler ve bazı hizmetlere (beslenme, rehabilitasyon vb) özellikle gereksinimi olanlar olmak üzere iki gruba ayrılabilir (28). Bu gruplamaya göre:

a. Sık izlenmesi gerekenler;

- Çok yaşlı insanlar (Genellikle 80 yaşın üzerindeki),

- Yalnız yaşayan yaşlılar,

- Özellikle bekar veya dul olarak yaşayan kadınlar,

- Kuruluşlarda yaşayan yaşlılar yüksek risk grubundaki yaşlılar olarak tanımlanmıştır.

b. Bunun yanında düzenli takip gerekenler;

- İzole yaşayan yaşlı insanlar (bireyler veya gruplar),

- Çocuksuz yaşlılar,

- Ciddi hastalık veya maluliyetinden muzdarip yaşlı insanlar,

- Beraber yaşadığı eşinin çok ciddi hastalığı veya engeli olan yaşlılar,

- Devlet veya sosyal güvenlik kuruluşlarından çok az yardım alabilen yaşlılardır.

Bir birey bu gruplardan birden fazlasına girebilir. Örneğin, 80 yaşında, çocuksuz, kısmen sakat, dul, izole bir ortamda minimum kaynaklarla yaşayan bir kadın söz konusu risklerden birden fazlasına sahip demektir. Bu durumun daha yüksek bir risk oluşturabileceği açıktır.

2. Yaşlılık sürecinde oluşan fizyolojik değişiklikler (24, 25)

Yaşlılardaki hastalıkları iyi bir şekilde anlayabilmek için, yaşla ilgili olarak oluşan fizyolojik değişiklikleri çok iyi bilmek gerekir. Söz konusu bu fizyolojik değişiklikler hastalığın kendini gösterme şeklini, tedaviye vereceği cevabı ve meydana gelebilecek komplikasyonları etkiler. Yaşlı insanlar homojen bir grup oluşturmazlar, hem fizyolojik, hem de psikososyal özellikleri çok değişik olabilen kimselerdir (29).

Fizyolojik değişiklikler yaşlanma sürecinde devam eden psikolojik, sosyal, biyolojik ve çevresel olayların biriken etkisidir. Yaşlılarda fizyolojik değişiklikler tüm insanlarda aynı şekildedir fakat bireylerin yaşam tarzlarına ve onların yaşamlarındaki çevresel özelliklerine bağlı olarak değişik hızlarda gerçekleşir.

a. Deri: Saçlar ve tırnaklar; saçlar zayıflar ve beyazlar, saç çizgileri çekilir, tırnaklar zayıflar, ter bezlerinde atrofi meydana gelir.

Deri buruşur, zayıflar, kurur, kolayca incinir, terleme bezlerinde atrofi sonucu terleme azalır, spot pigmentasyonlar meydana gelir.

b. Duyu sistemi: Görüş; lens opasitesinde artma olur, beyaz korneal halka grileşir, göz yaşı azalır, göz kapakları sarkar; yakın objeler üzerine odaklanmada yetersizlik, ışığa uyumda azalma meydana gelir. Yaş arttıkça korneanın aksı değişir ve göz sıvılarının reabsorpsiyonundan sorumlu mekanizma daha az etkili olur.

c. İşitme: İşitme refleksi azalır, özellikle de yüksek tonlarda işitmede zorluklar olur.

d. Dokunma: Soğuk, ısı ve dokunma duyuları ile ağrı eşliğinde azalma meydana gelir.

e. Koku: Koku duyusu azalır, ileriye fırlamış veya çıkıntılı burun şekli ortaya çıkar.

f. Tat: Tat duyusu azalır. Tükürük salgıları azalır, kuru ağız meydana gelir.

g. Kas İskelet sistemi: Kas hacmi ve uzunluğunda azalma, kaslarda gevşeme, daha az enerji ve daha çabuk yorulma, adımlarda kısılma ve yavaşlama, kolların sallanmasında yavaşlama, sarkık postür, boyun kısılması, kartilaj doku ve kaslarda atrofi başlar; eklemlerde kalsifikasyon sinoviyal membranda kalınlaşma, eklemlerde vasküler yetmezlik olur.

h. Kardiyovasküler-Respiratuar sistem: Vital kapasite azalır, göğüs genişlemesinde azalma, nabızda yavaşlama, artan sistolik ve azalan diyastolik basınç, kalp aktivitelerinin artışına yönelik reaksiyonların azalması, periferik rezistansta artış, aort elastikliğinde azalma, kan damarlarında arteriosklerotik ve aterosklerotik değişiklikler görülür.

i. Gastrointestinal: Hidroklorik asit sekresyonunda azalma, demir yetersizliği anemisi ile birlikte olabildiği gibi, mide kanseri ve diğer absorpsiyon bozuklukları ile birlikte de olabilir. Salivasyon azalır, alkali derecesi artar. Diş sayısında azalma olur, çiğneme fonksiyonları bozulur. Bütün bu değişiklikler beslenmeyi bozar. Pernisiyöz anemi yaşlandıkça sıklaşır. Midenin boşalmasında yavaşlama, geniş barsak motilitesinde azalma, susuzluğa duyarlılıkta azalma, kalsiyum absorpsiyonunda azalma görülür.

i. Genitoüriner sistem: Prostat bezlerinde genişleme, pelvik floranın zayıflaması, glomerül sayısında ve mesane hacminde azalma görülür. Böbrek kan akımında azalma, glomerül sayısında, renal kan akımında, glomerül filtrasyon hızı ve tubüler fonksiyonlarda azalma görülür. Vajinal ve servikal sekresyonlarda azalma ile seksüel fonksiyonlarda azalma meydana gelir.

j. Sinir sistemi: Beyin ağırlığında ve belli bölgelerdeki hücrelerin sayısında azalma, uyku tarzında değişiklik, rüya görmede azalma ve uyanıklık periyotlarında artma, beyin damarlarında atero-

sklerozunda artma, monoaminooksidaz enzimlerinin aktivitesinde artma, reaksiyon zamanında azalma, reflekslerde azalma olur.

3. Yaşlılarda sık görülen hastalıklar

65 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin takriben %80'inde en az bir kronik sağlık problemi vardır. Yaşlı insanların yarısında günlük yaşam aktivitelerinde değişik derecelerde sınırlanmalar vardır. Bunların yaklaşık %18'si majör aktiviteleri yapmada zorlanırlar. Kardiyovasküler, romatizmal ve görme ile ilgili problemler ise bu yaş grubunda aktiviteleri sınırlayıcı en önemli sorunlar olarak rapor edilmiştir (25).

Yaşlı insanlarda sıklıkla karşılaşılan bozukluklar ve bazı özellikleri şöyledir:

a. Hipertansiyon: 65 yaş üzerindeki beyaz ırka mensup yaşlıların %25'inde, siyah ırka mensup yaşlıların %50 kadarında hipertansiyon saptanmıştır (30).

Yaşlılarda kan basıncı düzenli olarak ölçülmelidir. Üç ayrı vizitte en az iki ölçümde tansiyonun yüksek bulunması yüksek tansiyon tanısı koymak için yeterlidir. Tanı konulduğu anda hastanın ekzersiz yapması, kilo vermesi, düşük diyetli tuz kullanması ve alkol tüketiminin azaltılması sağlanmalıdır. Antihipertansif ilaçlar gerekli prosedürlere uygun yazılmalıdır ve uyumu artırıcı güncel tekniklere dikkat çekilmelidir (31).

b. Kalp Hastalıkları: Koroner arter hastalığı yaşlı hastalarda yaklaşık olarak ölümlerin yarısından sorumludur. Klinik olarak en önemli vasküler anormallik damarların daralmasıdır. Yaşla birlikte damar darlığının prevalansı artmaktadır (32).

Koroner arter lezyonları ve bunların neden olduğu komplikasyonlar yaşlılarda en sıklıkla karşılaşılan hastalıklardır. Koroner arter hastalıklarının en önemli sebebi aterosklerozdur. Aterosklerozun komplikasyonları önde gelen ölüm sebepleri arasındadır. Nitekim ölüm olaylarının %33'ü dejeneratif ve arteriyosklerotik kalp hastalıkları olarak sınıflandırılan hastalıklara bağlıdır. Tehlikeyi; Hipertansiyon, Serum lipitlerinin yükselmesi, Sigara içilmesi, Diabetes Mellitus, Şişmanlık gibi faktörler arttırmaktadır.

65 yaş ve üzerindeki kişilerde ölüme yol açan nedenlerin %86'sı Koroner Arter Hastalığı'na bağlıdır. Koroner Arter Hastalığı angina pectoris'e

bağlı sakatlık ve miyokard enfarktüsüne yol açması nedeniyle önemli bir hastalıktır (31).

c. Serebro vasküler hastalıklar: 65 yaş ve üstü ölümlerin %86'sının sebebidir. ABD'de ölümlere yol açan sebeplerden üçüncü hastalık grubudur. 1987 yılında serebrovasküler hastalıklardan ölen ABD'li sayısı 130 000 kişidir (31).

Büyük serebral arterlerde meydana gelen tıkanmalarda hemipleji; birden çok küçük tıkanmalarda ise demans oluşmaktadır. Bu da çoğu kişinin geriyatrik merkezlerde uzun süreli tedavisini gerekli kılmaktadır (11).

Ölüme yol açmayanların önemli bir kısmında kalıcı sakatlıklar meydana gelir. Ayrıca nörolojik yetersizlikler, tıbbi komplikasyonlar, felcin psikolojik etkilerinin uzun süren tedavisi, fonksiyonel durumun ve genel iyilik durumunun eski haline gelebilmesi açısından çok uzun sürelere gereksinim duyulması önemli problemlerdendir (31).

Hipertansiyon ve yüksek kan kolesterolünün taranması, sigara kullanımının azaltılması, fizik inaktivitenin önlenmesi, diyetle yağ ve kolesterol alımının kısıtlanması önerilmektedir.

Serebrovasküler hastalığın risk faktörleri şunlardır; ileri yaş, hipertansiyon, sigara içimi, koroner arter hastalığı, atriyal fibrilasyon, diyabetes mellitus, nörolojik semptomlar (Örneğin, geçici iskemik atak) ve önceki serebrovasküler hastalık hikayesi.

d. Diabetes Mellitus (DM): ABD'de tahminen 11 milyon kişi DM'lidir. Bunların %40'ı 65 yaş ve üzerindedir. Diabet, metabolik bozuklukların, kardiyovasküler sistem hastalıklarının, son devre renal hastalıkların, amputasyon, körlük ve nöropatinin en önemli sebebidir. DSÖ tarafından Türkiye'de DM prevalansı %1 olarak tahmin edilmektedir (33).

Diyabetin batı toplumlarında prevalansının artmasının başlıca iki nedeni vardır.

1. Toplumda yaşlı insanların sayısında artma ve 50 yaş üzerinde hastalığın yaklaşık 50 kat daha fazla görülmesi,

2. İnsülinin keşfiyle hastaların daha ileri yaşlara kadar yaşamaları sağlanmıştır. Kırk yaşın üzerinde olanlarda hastalık prevalansının %2 olduğu ve bunların büyük bir kısmının hastalığından haberdar olmadığı saptanmıştır (11).

Asemptomatik yetişkinlerde diyabetin rutin takibi; idrarda veya plazma glikoz ölçümü kullanılarak tavsiye edilmemektedir. DM için yüksek risk taşıyan uygun kişilerde periyodik açlık glikoz ölçümleri uygundur. Diyabet komplikasyonları, yaşlılarda yetersizliğe yol açması nedeniyle özellikle önemlidir. Komplikasyonlardan korunmaya öncelik verilmelidir (34).

e. Kanser: ABD'deki kanser kayıtlarından elde edilen verilere göre pek çok kanser türünün yaşlılarda daha fazla görüldüğü anlaşılmıştır. 65-74 yaş gruplarında 100000'de 700-1000 arasında bulunduğu saptanmıştır (31). Türkiye'de Sağlık Bakanlığının verilerine göre 65 yaş üzerindeki kişilerde kanser insidensi yüz binde 195'tir (17).

Sık karşılaşılan kanser türleri; erkeklerde kolon kanseri, kadınlarda ise göğüs kanseridir. Her iki kanser türünde de erken tanı önem taşımaktadır. Gaitasında taze kan şikayetiyle gelen hastaların bu yönde taranması, kadınların ise kendi kendilerini muayene yönünde eğitilmesi çok önemlidir (1).

f. Solunumsal hastalıklar: Solunum yolları hastalıkları yaşlılarda önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Yaşlılarda en yaygın görülen iki kronik solunum yolu hastalığı kronik bronşit ve bronkojenik karsinomdur. Sigara içimi ve hava kirliliği her iki durumda da etiyolojik neden olarak önemli rol oynamaktadır (11).

İnfluenza'ya karşı aşılama, kış boyunca profilaktik olarak verilen antibiyotik tedavisi ve akut ateşlenmelerin ani tedavisi hastalığın nedeni olabilecek sakatlıkları azaltmakta ve hastalığın ilerlemesini durdurabilmektedir.

Vücut direnci azalan yaşlılarda tüberkülozun da önemli bir solunum problemi oluşturacağı bilinmektedir (1). Türkiye'de 65 yaş ve üzerindeki yaşlarda Tüberküloz insidensi 100000'de 75'tir.

g. İşitme bozukluğu: İşitme bozuklukları 65 yaşından sonra belirgin olarak görülür, 65-74 yaş arasındaki kişilerin yaklaşık olarak % 21'i etkilenir, 75 yaş ve daha yukarısında ise %36'lık bir düzeye ulaşır (35).

Yaşlılarda akustik sinir nöronlarının ölümüne bağlı sağırılık sıklıkla görülür. Yaşlılarda sesleri odaklaştırmada sorunlar vardır. Konuşma sırasında konuşan kişinin sesini arka plandaki seslerden ayırt etmede problemler vardır. İşitme güçlüğü çeken

yaşlılar iletişimde problemler yaşarlar, sosyal izolasyona kadar giden problemler görülebilir (34).

Ayrıca yaşlılarda işitme bozukluklarının bilişsel disfonksiyonlara önemli katkılarda bulunduğu yapılan araştırmalarla bulunmuştur. Genellikle tedavi edilebilir olmasına karşın oldukça yaygın olan ancak sıklıkla saptanmamış olan işitme bozuklukları bu durumu önemli kılmaktadır (36).

h. Görme bozukluğu: Yaşla birlikte göreceli olarak görme fonksiyonu yaşlılarda azalır. Genelde yaşlı insanlar görme için güçlü ışık kaynağına gereksinim duyarlar.

Yaşlıların dominant göz hastalıkları; senil makuler dejenerasyon, katarakt ve glokomdur. Bu hastalıklarının tedavisi ile beraber yardımcı görme araçlarının kullanımı ve büyük yazılı kitaplar yazılması faydalı olabilir (11).

i. Mobilitenin kaybı: Yaşlılarda sık olarak karşılaşılan kas-iskelet sistemi hastalıkları osteoartrit, romatoid artrit, kırıklar, paget hastalığı ve karsinomların kemik metastazlarıdır.

Osteoporotik kırıklar yaşlılarda yüksek mobilite ve mortalite sebebidir. 60 yaş ve üstü kadınların yaklaşık olarak 1/4'ü spinal kompresyon kırığına maruz kalır. Kadınların yaklaşık %15'i yaşamlarında kalıcı kalça kırığına maruz kalırlar (31). Yaşlılarda kalça kırığının %90'ı düşme sonucu olmaktadır. Kadın olma, ileri yaşlılık, fiziksel aktivite azlığı, alkol tüketme, akut veya kronik sağlık problemi olması, baş dönmesi, hareketlilik ve ilaçlar kırık oluşturan düşmeler için riskler olarak belirlenmiştir (37).

Düşme sonucunda laserasyon, kırık, kafa travması ve konfüzyon sık olarak karşılaşılan sorunlardır. Hareket kabiliyeti azalmış yaşlıların yaşam koşullarının iyi düzenlenmiş olması gerekmektedir (9).

i. Psikolojik bozukluklar: Yaşlılarda psikolojik bozukluklar ön plana geçmektedir. Depresyon, hipokondriasis, uyku bozuklukları ve demans yaşlılarda oldukça sık görülen rahatsızlıklardır (35).

Demans sıklığı yaşla birlikte giderek artar ve 80 yaş üzerinde %20'ye ulaşır. Bazı demans türlerinin akut tıbbi hastalıklar, fonksiyonel yetersizlikler, depresyon, kötü hijyen koşulları ve fiziksel zedelenmeler ile ilişkili olduğu bulunmuştur (31).

Depresyonun; yaşam kalitesi, üretkenlik ve fiziksel sağlık üzerinde olumsuz etkisi vardır (31). Asemptomatik kişilerde depresyon taraması tavsiye edilmemekle beraber yüksek riskli kişilerde tarama yapılması önerilmektedir (35). Depresyon için; kronik hastalığı olan, son zamanlarda yakınlarını kaybetmiş olan, uyku bozukluğu olan, tanımlanamayan birden çok somatik şikayetleri olan yaşlılar risk grupları olarak tanımlanmıştır.

İntihara ciddi eğilimi olduğu saptanan kişiler, psikiyatrik konsültasyon için ve mümkünse hastaneye yatma konusunda cesaretlendirilmelidir. Kişiler akıl sağlığı merkezleri ve kriz girişim merkezlerinin varlığından haberdar edilmelidir. Ev halkı bireyleri ev içindeki ateşli silahları ve ilaçları ortadan kaldırmalıdır (31,38).

Yeni boşanmış olanlar, eşlerinden ayrı yaşayanlar, işsiz olanlar, depresyon tanısı alanlar, alkol ve ilaç bağımlıları, ciddi tıbbi hastalığı olanlar, yalnız yaşayanlar ve eşini kaybedenler intihar için risk altında olan kişilerdir.

4. Maluliyet

Vücut fonksiyonlarının tam olarak yapılabilmesi durumu maluliyet olarak tanımlanabilir.

Hastalık, ölüm ve maluliyet riskinin yaşla birlikte arttığı bilinen bir gerçektir. Her ne kadar hastalık insidansı ve ölüm; toplum sağlığı ve sağlık hizmetlerinin durumunun göstergeleri ise de ileri yaşlarda sağlık durumunun saptanmasında maluliyet en geçerli göstergedir (35).

Hareket edebilme yeteneği yaşlı sağlığında çok önemlidir. Yaşlılıkta görülen hareket kısıtlılığı (disability), DSÖ tarafından üç aşamada incelenmiştir (33).

a. Yetmezlik (İmpairment): Fiziksel, ruhsal ya da anatomik yapıda çok az bir anormallik ya da fonksiyon kaybıdır.

b. Yetersizlik (Disability): Hareket yeteneğinde normale göre kısıtlılık vardır.

c. Engel (Handicap): Kişinin işlerine ve sosyal yaşamına eskisi gibi devam etmesi engellenmiştir.

Fonksiyonel kabiliyet ve maluliyeti ölçmek için sayısız sistemler geliştirilmiştir. En iyi bilinenler ise Temel aktiviteler ve Yardımcı aktivitelerdir.

a. Temel Aktiviteler (Activities of Daily Living) (39, 40)

Banyo yapabilme, giyinebilme, yemek yiyebilme, yatak ya da sandalyeden yer değiştirme, yürüyebilme, sokağa çıkabilme, tuvalet kullanabilme gibi aktiviteler temel aktiviteler olarak bilinirler.

b. Yardımcı Aktiviteler (Instrumental Activities of Daily Living) (41)

Lawton ve arkadaşları ev işleri, para idaresi, bakkaldan alışveriş gibi daha karmaşık uyumluluk gerektiren fonksiyon ölçümlerini içine alan Yardımcı Aktiviteler kavramı ile bu alanı genişletmişlerdir.

Telefon kullanabilme, seyahat edebilme, alışveriş yapabilme, yemek hazırlayabilme, ev işi yapabilme, çamaşır yıkayabilme, el işi yapabilme, kendi ilaçlarını alabilme, paranın yönetimini sağlayabilme gibi aktiviteler ise yardımcı aktiviteler olarak bilinirler.

Bu ölçüm sistemleri

a. Yaşlı popülasyonun maluliyet durumunu tanımlamak,

b. Toplumsal ve kurumsal hizmet gereksinimlerini tahmin etmek,

c. Maluliyetleri sınırlandırmak için düzenlenen girişimlerin sonuçlarını değerlendirmek için kullanılagelmiştir (33). Günlük rutin işleri yapabilme yaşam kalitesi açısından oldukça önemlidir (41).

5. Türkiye’de yaşlılara yönelik sunulan hizmetler

Ülkemizde yaşlılara yönelik bakım uygulamaları; Kurumsal bakım uygulamaları ve Sosyal güvenlik yardım uygulamaları olarak iki grupta incelenebilir.

a. Kurumsal bakım uygulamaları: Türkiye’de yaşlıların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla yapılan çeşitli uygulamaların yanı sıra bakıma muhtaç yaşlıların korunması, tedavi ve rehabilitasyonu, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması için hizmet veren kurumlar bulunmaktadır.

Ülkemizde yaşlılar için kurum hizmetleri; Sağlık Bakanlığı, Belediyeler, azınlıklar, dernekler

ve kişiler yoluyla olmak üzere birkaç yoldan yapılmaktadır (7).

1868 yılında kurulan Kızılay derneği ve 1895 yılında kurulan Darülaceze Osmanlılar döneminde kurulan günümüze kadar yaşayan kurumlardır (3). Darülaceze sakat ve yoksul erkek, kadın ve kimse-siz çocukları korumak için hizmete girmiştir. Bugün İstanbul Belediyesi'ne bağlı, döner sermaye ile yönetilen bir kurumdur. Amacı din ve ırk ayrımı gözetmeksizin, düşkünleri barındırmak, çalıştırmak, ümitsizlikten kurtarmak, rahat bir yaşam sürmelerini sağlamaktır (7).

Cumhuriyet döneminde yaşlılara bakım ve yardım görevi 1930 yılında çıkarılan Belediye kanunu ile belediyelere verilmiştir. 1963 yılında çıkarılan kanunla Sosyal hizmetler genel müdürlüğü kurularak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlanmış, bu tarihten itibaren yaşlılarla ilgili hizmetleri planlama ve yürütme görevini doğrudan devlet üstlenmiştir.

b. Sosyal güvenlik ve yardım uygulamaları: Ülkemizde Emekli Sandığı'ndan, Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan, Bağ-Kur ve bazı bankalar gibi kuruluşlardan emekli aylığı almaya hak kazanmış olanların dışında hiç bir yerden emekli aylığı olmayan ve 65 yaşını doldurmuş olan vatandaşlar için aylık bağlanmaktadır. 2022 sayılı kanun; 65 yaşını doldurmuş, muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık bağlanmasını öngörmektedir (3).

KAYNAKLAR

1. WHO, Health Care for the Elderly, A Manual for Primary Health Care Workers, WHO Regional Publications Eastern Mediterranean Series 10, 1995; 8-10.
2. WHO, IPCS, Environmental Health Criteria 144, Principles for Evaluating Chemical Effects on the Aged Population 1993; 20-3.
3. Emiroğlu V. Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu, Ankara, Baskın Yayınevi 1989; 53.
4. WHO, 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Hedefleri, Copenhagen 1986.
5. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Yaşlı ve Çevre, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Çevre Sağlığı Temel Kaynaklar Dizisi, No.24, Ankara, 1994: 13-5.
6. Kovar GM, Feinleib M. Older Americans Present a Double Challenge, Preventing Disability and Providing Care, American Journal of Public Health 1991; 81(3):287-8.
7. Karşlı D. Yaşlılık ve Türkiye'de Yaşlı Sorunları, T.C SSYB. Hıfzısıhha Okulu Sosyal Hizmetler Bölümü, Ankara, 1982: 2-99.
8. WHO, Epidemiological Studies on Social and Medical Conditions of the Elderly, Euro-Reports and Studies, No.62, Copenhagen, 1982.
9. Özcebe H. Yaşlılık ve Fizik Çevre, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 1993; 3(13):1.
- 10.T.C. Başbakanlık DPT: 5. Beş Yıllık Kalkınma Planı Öncesindeki Son Gelişmeler 1972-1983 (Ekonomik ve Sosyal Gelişmeler) Yayın No:1975.
- 11.Anderson WF. Community Health Problems of an Aging Population. Theory and Practice of Public Health, (Ed) W.Robson, 1979: 584-607.
- 12.Örnek T, Bayraktar E, Özmen E. Geriyatrik Psikiyatri, İzmir: Saray Tıp Kitabevi, 1992: 9.
- 13.Lehr U. Yaşlanmanın Psikolojisi, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, (Çev.) Eryar N., 1994.
- 14.Schubert R, Zyzık U. Die Würde des Alters bei Fremden Völkern N Vergangenheit und Gegenwart, Gerontol 1968; 1:139-147.
- 15.Beuvois S. Yaşlılık, (Çev.) Osman Canberk, Eray Canberk, Milliyet Yayınları, 1970.
- 16.Taylor R, Buckley G. Preventive Care of the Elderly: Review of Current Developments, London, Royal College of General Practitioners (Occ. Pap. No.35) 1987; 11-30.
- 17.T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 1994; 10-3.
- 18.Litvak J. A Challenge Beyond the Year 2000, Bulletin of PAHO, 1990; 24(3):330.
- 19.Carbello M. Emerging Needs of the Elderly Manual, World Health 1994; 47(3):11.
- 20.UNICEF. Dünya Çocuklarının Durumu. 1996; 88-9.
- 21.İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu.: Bülten 1996; 2(1):20.
- 22.Davies MA. Epidemiology and the Challenge of Aging, International Epidemiological Association. 1985; 14(3):9.
- 23.Robert BT. Fundamentals of Family Medicine, Aging and Late Life, New York, Springer Verlag, 1982: 142-60.
- 24.Marcia SL. Community Health Nursing Process and Practice for Promoting Health 1988; 25.
- 25.Fulmer T, Edelman LC. Health Promotion Through the Lifespan, 2nd ed. The CV Mosby Co, 1990: 522.
- 26.Escobar LA. Human Dying Has Changed, Bulletin of PAHO 1990: 124 (4):446-53.
- 27.Atilla S, Egemen A. Yaşlıların Ev Koşullarında Beslenme Durumu, II. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Özet Kitabı, İstanbul, 1990.
- 28.WHO, Protecting the Health of the Elderly, Public Health in Europe, 1983; 18, 74.
- 29.Rowe J.W. Health Care of the Elderly, N. Eng. J. Med 1985; 312: 827-35.
- 30.The Merck Manual, Teşhis-Tedavi El Kitabı, (Çev) Pekus R. M., İkinci Baskı, Cilt 1, Merck Yayıncılık, İstanbul, 1985.
- 31.Woolf S, Karmarow D. The Periodic Health Examination of Older Adults: The Recommendations of the US, Journal of American Geriatrics Society 1990; 38:933-42.
- 32.Kocabalkan F. Geriatri, Dış İşleri Bakanlığı Matbaası, Ankara, 1993: 14-5.

- 33.WHO, The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly, Technical Report Series, No: 706, Geneva, 1984.
- 34.Uçku R. Yaşlıların Mediko Sosyal Sorunları Üzerine bir İnceleme, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, 1990.
- 35.Last JM, Wallas RB. Maxcy-Rosenau-Last, Public Health and Preventive Medicine, Grentice-Hall International Inc., Connecticut, 1992: 973-83.
- 36.Uhlmann RF, Larson EB, Thomas SR. Relation of Hearing Impairment, Dementia and Cognitive Dysfunction in Older Adults, JAMA 1989; 261(13):1916-19.
- 37.Perlin E. Yaygın bir Soruna Pratik Yaklaşım: Yaşlılarda Düşmenin Önlenmesi, Sendrom 1992; 42-4.
- 38.Guohua L. The Interaction Effect of Bereavement and Sex on the Risk of Suicide in the Elderly: On Historical Cohort Study. Soc.Sci.Med. 1995; 40 (6):825-8.
- 39.Katz S, Branch LG, Branson MH, Papsidero JA, Beck JC, Greer DS. Active Life Expectancy, N. Engl. J. Med. 1983; 309:1218-24.
- 40.Katz S, Ford AB, Moskowitz RW. Studies of İllness in the Aged. The İndex of ADL, JAMA 1963; 185:914-9.
- 41.Wilcox V, Mor V, Rakowski W, Hiris J. Functional Transitions Among the Elderly: Patterns, Predictors and Related Hospital Use, Am. J. Public. Health 1994; 84:1274-80.