

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



# YAŞLI SAĞLIĞI

# MODÜLLERİ

ŞUBAT - 2011  
ANKARA

EĞİTİMCİLER İÇİN EĞİTİM REHBERİ

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü**

Yaşlı Sağlığı Modülleri  
Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi

Bu yayının tüm hakları Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “*Yaşlı Sağlığı Modülleri – Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi*” şeklinde olmalıdır.

5846 sayılı yasa gereği Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün onayı olmaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz.

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 810  
ISBN : 978-975-590-339-2

Ayrıntılı bilgi için: T.C. Sağlık Bakanlığı, Mithatpaşa Caddesi No: 3, Sıhhiye 06430, Ankara, Türkiye (Telefon: (0312) 585 10 00 (50 hat) e-posta: [saglik@saglik.gov.tr](mailto:saglik@saglik.gov.tr)

Baskı: Anıl Matbaacılık A.Ş.  
Tel: 0.312 229 37 41

## EDİTÖRLER

**Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ**  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Dilek ASLAN**  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**SAĞLIK BAKANLIĞI  
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ  
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ  
TEKNİK ÇALIŞMA GRUBU**

**SAĞLIK BAKANLIĞI  
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ  
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ  
YAYIN KOMİSYONU**

**Dr. Seraceddin ÇOM**  
Genel Müdür

**Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ**  
Genel Müdür Yardımcısı

**Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ**  
Genel Müdür Yardımcısı

**Dr. Kağan KARAKAYA**  
Daire Başkanı

**Uzm. Dr. Nazan YARDIM**  
Daire Başkanı

**Şefik KUTLU**  
Daire Başkanı

**Ertuğrul GÖKTAŞ**  
Şube Müdürü

**Hakime ZAL**  
Şube Müdürü

**Ayşe GÜNDOĞAN**  
Tıbbi Teknolog

**Nevin ÇOBANOĞLU**  
Tıbbi Teknolog

**Uz. Gülay SARIOĞLU**  
Tıbbi Teknolog



## KATKIDA BULUNAN KURUM VE KURULUŞLAR

- ▶ Sağlık Bakanlığı
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼
- Tedavi Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼
- Ankara İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼
- Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Ankara Atat¼rk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Ankara Ulucanlar G¼z Eğitim ve Araştırma Hastanesi
  
- ▶ Ankara Üniversitesi
- ▶ Hacettepe Üniversitesi
- ▶ Gazi Üniversitesi
- ▶ Kırıkkale Üniversitesi
- ▶ Akademik Geriatri Derneği
- ▶ T¼rk Geriatri Derneği
- ▶ T¼rk Geriatri Vakfı
- ▶ Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

## KATKIDA BULUNAN KİŞİLER

İmatullah AKYAR

Sevgi ARAS

Dilek ASLAN

Teslime ATLI

Filiz AYDOĞAN

Tolga Reşat AYDOS

Müberra BABAOĞUL

Şefkat BAHAR ÖZVARIŞ

M. Murad BAŞAR

Pınar BORMAN

Ergün BOZOĞLU

Filiz CAN

Nevin ÇOBANOĞLU

Asuman DOĞAN

Levent GÖÇMEN

Ertuğrul GÖKTAŞ

Yeşim GÖKÇE KUTSAL

Ayla GÜLEKON

Ayşe GÜNDOĞAN

Oya HAZER

Nilüfer KALBUR

Caner KARA

Bahadır KASAR

Nuray KIRDI

Emine KURTLUK

Kutay ORDU GÖKKAYA

Kemal ÖRNEK

Murat ÖZBEK

Yasemin ÖZDAMAR

Leyla ÖZDEMİR

Nüket PAKSOY ERBAYDAR

Gülay SARIOĞLU

Ahmet Akın SİVASLIOĞLU

Betül SÜRGİT

Sevnaz ŞAHİN

İrsel TEZER FİLİK

Nur TURHAN

Zekeriya ÜLGER

Murat VARLI

Nazan YARDIM

Betül YILDIRIM

## İÇİNDEKİLER

Sunuş .....	9
Ön Söz .....	11
Rehber Hakkında Bilgi.....	13
<b>KONULAR</b>	
<b>1. YAŞLILIKTA SAĞLIĞI KORUMA</b>	
<b>BİRİNCİL KORUNMA İLKELERİ</b>	
1.1. İleri Yaşta Bağışıklama .....	15
1.2. Kanserden Korunma .....	23
1.3. Yeterli ve Dengeli Beslenme .....	35
1.4. Yaşlılıkta Ağız ve Diş Sağlığı.....	47
1.5. Yaşlılık Döneminde Fiziksel Aktivite ve Egzersiz .....	65
1.6. Yaşlıda Düzenli Uyku ve Uyku Bozuklukları .....	85
1.7. Yaşlılık Döneminde Düşme ve Kazaların Önlenmesi .....	99
1.8. Yaşlılıkta Tüketici Bilinci .....	113
<b>2. YAŞLILIKTA SAĞLIĞI KORUMA - İKİNCİL</b>	
<b>KORUNMA İLKELERİ</b>	
2.1. Yaşlılıkta Görmenin Korunması .....	129
2.2. Yaşlılıkta İşitmenin Korunması .....	139
2.3. Yaşlılıkta Erken Tanı Yöntemlerinin ve Taramalarının Yapılması Önerilen Durumlar ve Yöntemler .....	149
<b>3. YAŞLILIKTA SIK GÖRÜLEN TIBBİ DURUMLAR</b>	
<b>3.1. Solunum Sistemi</b>	
3.1.1. Yaşlıda Akciğer Hastalıkları.....	159
3.1.2. Yaşlılıkta Solunum Yetmezliği ve Nefes Darlığı .....	171
3.1.3. Yaşlılıkta Göğüs Ağrısı .....	179
<b>3.2. Kalp ve Damar Sistemi</b>	
1.1.1. Yaşlılarda Kalp Yetmezliği.....	187
1.1.2. Yaşlılarda Hipertansiyon (Yüksek Tansiyon) .....	195

<b>3.3. Sindirim Sistemi</b>	
3.3.1. Yaşlılarda Mide-Bağırsak Sistemi Hastalıkları .....	203
3.3.2. Mide-Bağırsak Kanamaları .....	213
<b>3.4. Bulaşıcı Hastalıklar (Enfeksiyonlar).....</b>	<b>221</b>
<b>3.5. Endokrin Sistem</b>	
3.5.1. Yaşlılarda Tiroid Hastalıkları .....	231
3.5.2. Yaşlılarda Diyabet .....	241
<b>3.6. Nörolojik Sistem ve Psikiyatri</b>	
3.6.1. Yaşlılarda Bilinç Bulanıklığı .....	251
3.6.2. Yaşlılarda Bunama (Demans) .....	261
3.6.3. Yaşlılarda Depresyon .....	271
<b>3.7. Üro-Genital Sistem</b>	
3.7.1. Yaşlılıkta Erkek Cinsel Organlarında Yaşa Özgü Meydana Gelen Değişimler .....	279
3.7.2. Yaşlanma İle Ortaya Çıkan Prostat Hastalıkları.....	287
3.7.3. Yaşlanan Erkekte İdrar Kaçırma Sorunları .....	299
3.7.4. Yaşlanma İle Ortaya Çıkan Andropoz ve Cinsel Sorunlar .....	307
3.7.5. Kadın Cinsel Organlarında Yaşa Özgü Meydana Gelen Değişimler .....	319
3.7.6. Yaşlılık Döneminde Üriner İnkontinans ve Genital Organ Sarkmaları.....	327
3.7.7. Yaşlılık Döneminde Menopoz ve Cinsel Sorunlar.....	335
<b>3.8. Yaşlılarda Sık Görülen Romatizmal Hastalıklar .....</b>	<b>343</b>
<b>3.9. Yaşlılık Döneminde Ağrı.....</b>	<b>357</b>
<b>3.10. Dermatolojik Durumlar</b>	
3.10.1. Deri Yaşlanması, Deri Kanseri ve Koruyucu Önlemler.....	381
3.10.2. Yaşlılarda Ayak ve Bacak Ülserleri, Korunma Yöntemleri.....	391
<b>3.11. Yaşlılık, Şiddet, İhmal ve İstismar .....</b>	<b>401</b>
<b>3.12. Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı.....</b>	<b>413</b>
<b>4. EVDE BAKIM VE REHABİLİTASYON.....</b>	<b>429</b>



## SUNUŞ

Sağlığı sürdürebilmek ve daha iyiye götürebilmek için çevrenin olumsuz nitelikteki sosyal, ekonomik, biyolojik ve fiziksel etkenlerini ortadan kaldırmak; kişinin direncini artırmak ve onun sağlık kontrolü ya da hastalığı için sağlık personeline baŐvurmasını, onların söylediklerini anlayıp uygulamasını sağlamak hususunda yararlanılacak en önemli araçlardan biri kuşkusuz eğitimidir.

Kişilerin hayat Őartlarını iyileŐtirmeye ilgi duymalarıyla başlayan sağlık eğitimi, onların hem birey hem de bir ailenin ve toplumun yesi olarak sağlıklarını daha iyiye gtmeleri için gerekli olan sorumluluk duygusunu geliŐtirmeyi amaçlar. Etkin bir sağlık eğitimi, bireysel ve toplumsal sağlığı olumlu yönde geliştirmek için bilinmesi ve yapılması gerekenleri, benimsenen bilgi, tutum, davranış ve alışkanlıklar hâline getirmektir.

Bakanlık olarak, toplumu oluşturan bireylerin sağlık bilincini, sağlık tutum ve davranıŐını olumlu yönde etkileyerek sağlıklarını koruyabilir, geliŐtirebilir, sağlık hizmetlerinden yararlanabilir, sağlık hizmetlerine katkı ve katılımda bulunabilir, sağlık sorunlarını çözebilir hle getirmek amacıyla halkımızın sağlık bilincinin geliştirilmesi çalıŐmalarına özel bir önem vermekteyiz.

Bu kapsamda, ülke düzeyinde yürütülen halkın sağlık eğitimlerinde kullanılmak üzere eğitimcilerimize yönelik ‘‘Eğitimciler için Eğitim Rehberleri’’ hazırlanmıştır.

Bu eğitim rehberlerinin halkın sağlık eğitimlerinde ortak dil ve eğitim yöntemi oluŐturması açısından sağlığın geliŐtirilmesine ve sağlık göstergelerine olumlu katkı sağlayacağı inancındayım.

Bu vesile ile eğitim rehberlerinin hazırlanmasında emeği geçen herkesi kutluyor, bu çalıŐmamızın vatandaŐlarımıza ve sağlık eğitimcilerimize faydalı olacağı inancıyla insan sağlığı için çaba sarf eden herkese Őukranlarımı sunuyorum

Prof. Dr. Recep AKDAĞ

Sağlık Bakanı



## ÖN SÖZ

Toplumun sağlığını geliştirmek ve korumak ÷lkelerin vazgeçilmez politikaları arasındadır. Bu anlayış, 1978 yılında yayımlanan ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne üye ÷lkeler tarafından onaylanmış bir uluslararası sağlık sözleşmesi olan Alma-Ata Bildirgesi'nde "Temel Sağlık Hizmetleri" kavramı olarak tanımlanmış; kapsamı içerisinde de "bir toplumda yaygın olarak gör÷len sağlık sorunları, bunların önlenmesi ve denetimi ile ilgili konularda halkın eğitilmesi" hususu vazgeçilemez hizmetler arasında yer almıştır.

Sağlık eğitimi, kişiye ve topluma yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarından biri olduğu kadar, bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk almaları ve böylece halkın sağlık hizmetlerine doğrudan katılımı anlamına da gelmekte ve sağlığın geliştirilmesi konularında önemli uygulamalardan biri olmaktadır.

Temel sağlık hizmetleri yaklaşımı, hizmet sunduğumuz toplumu daha gerçekçi bir gözle tanımamızı, sorunları doğru olarak belirlememizi ve akılcı politikalar geliştirmemizi sağlamıştır. Bu çerçevede DSÖ tarafından 21. yüzyılın sağlık hedefleri belirlenmiş, üye ÷lkelerden en üst düzeyde politik kararlılık sağlamaları ve bu hedeflerle uyumlu eylem planlarını hazırlamaları beklenmiştir. Türkiye'de "Ulusal Sağlık 21 Politikası" oluşturulması girişimi, Bakanlığımız öncülüğünde başlatılmış; DSÖ'nün çerçevesini çizdiği "Herkes Sağlık Hedef ve Stratejileri" doğrultusunda Türkiye'nin 21. yüzyıl için sağlık politikası belirlenmiştir.

÷lkemizdemevcutsağlık mevzuatına göre birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli "halkı sağlıkla ilgili konularda eğitmek" ile görevlendirilmiş ve bugüne kadar halkın sağlık eğitime yönelik eğitim faaliyetleri sağlık kurum ve kuruluşlarımızda mevcut imkânlar ile yürüt÷lmüştür.

Sağlık eğitimi; sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri içerisinde önemli bir yer tutmakta ve temel olarak sağlığı toplumsal bir değer hâline getirmeyi, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmayı, sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri bütün olarak bir ağaca benzetildiğinde, halkın sağlık eğitimi bu ağacın gövdesini oluşturmaktadır.

Bu anlayış ile halkın sağlık eğitimlerinde ÷lke genelinde verimliliğin artırılması, eğitimlerde ortak dil ve eğitim metodolojisi kullanılması, eğitimlerin izlenebilir ve ölç÷lebilir bir yapıya kavuşturulmasına yönelik halkın sağlık eğitimini yürütecek personel için 2008 yılında Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğu tarafından Sağlık

ve Sağlığın Korunması, Üreme Sağlığı, Çocuk ve Ergen Sağlığı, Beslenme, Bulaşıcı Hastalıklar ve Korunma, İlk Yardım ve Ruh Sağlığı ana konu başlıklarında eğitim rehberleri hazırlanarak basım ve dağıtımı yapılmıştır. Bu rehberler kadar eğitimcilerimiz için önemli bir kaynak olacağına inandığımız yaşlı sağlığı konusunda da otuz yedi konu başlığında Bakanlığımızın uzmanları ve üniversite öğretim üyelerinden oluşan gruplarca uzun, titiz ve özverili bir çalışma sonucunda “Yaşlı Sağlığı Modülleri” eğitim rehberi hazırlanmış ve eğitimcilerimizin kullanımına sunulmuştur.

Hazırlanan bu eğitim rehberinin yaşlı sağlığı konusunda bundan böyle yürütülecek “halkın sağlık eğitimi” faaliyetlerine önemli katkı sağlayacağı inancı ile emeği geçen herkesi gönülden kutluyor ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Seraceddin ÇOM  
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

## REHBER HAKKINDA BİLGİ

Bakanlığımızın temel görevlerinden biri de bireylere sağlık konusunda doğru bilgiler ileterek doğru davranışlar kazanması sürecinde destek olmak, yönlendirmek ve eğitmektir. Bu kapsamda, Bakanlığımızın politika, hedef ve hizmetlerine yönelik halkın sağlık bilincinin geliştirilmesi amacıyla halkın sağlık eğitimini yürütecek eğitimciler için interaktif (etkileşimli, katılımcı) eğitim yöntem ve tekniklerine uygun olarak Bakanlığımızın uzmanları, çeşitli üniversitelerin öğretim üyeleri ve sivil toplum kuruluşları temsilcilerinden oluşan gruplarca Yaşlı Sağlığına yönelik “Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi” hazırlanmıştır.

Rehber; eğitimciye örnek olması, yol göstermesi, imkânların daha etkin kullanılması ve sunum standardının sağlanması amacıyla “konu”, “süre”, “amaç”, “öğrenim hedefleri”, “ısınma”, “giriş”, “işleniş”, “etkinlikler”, “özet”, “değerlendirme”, “kaynaklar” ve “ekler” bölümünden oluşmaktadır. Ayrıca “ısınma”, “giriş”, “işleniş” ve diğer bölümlerde katılımcıların dikkatini çekmek ve aktif katılımlarını sağlamak amacıyla yer yer sorular sorulmuştur.

Bu rehber, ülke düzeyinde halka yönelik yapılacak sağlık eğitimlerinde belli düzey niteliği sağlamak açısından ortak dil ve mesajlar kullanılması yönüyle önem taşımaktadır. Bu nedenle bilgilerin temel bilgiler olmasına özen gösterilmiştir.

## REHBERİN KULLANIMI

Eğitimler, konu ve katılımcıların özelliğine göre (eğitim durumu, yaş, cinsiyet, meslek vb.) ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapılarak düzenlenmelidir.

Oturumların onar dakikalık ısınma etkinliklerinden sonra değişik sürelerde yapılacağı belirtilmişse de süre planlamasında şartlar ve imkânlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Eğitimde kolay temin edilebilir araç-gereçler seçilmiştir. Bu nedenle rehberde yer alan araç-gereçlerin kullanılmasının bilginin kolay aktarımı açısından daha yararlı olacağı düşünülmektedir.

Konuların işlenmesi sırasında interaktif (etkileşimli, katılımcı) yöntemlerle etkili bir “ısınma/giriş” yapılır; daha sonra öğrenim hedeflerine en iyi ulaşmayı sağlayacak “işleniş” aşamasına geçilir ve konunun sonunda anahtar noktaları toparlayan etkili bir “özet” yapılır.

Oturumun ana bölümünde bölüm amacına ve öğrenim hedeflerine ulaşmada yardımcı olacak etkinlikler belirtilmiştir. Bilgi aktarımında soru-cevap tekniği, görsel-işitsel araçlar ve küçük grup çalışmaları gibi yöntemler kullanılırken, beceri aktarımında ise gösterme (demonstrasyon), oyunlaştırmalar (role-play) gibi yöntemler seçilmiştir.

Her konu için bir giriş tekniği ile bir özet tekniği verilmiş olup eğitimci, belirtilenlerin dışında kendi geliştireceği giriş ve özet tekniklerini de kullanabilir. Eğitimci, bilgi düzeyi yüksek gruplara eğitim planlaması hâlinde konu ile ilgili belirtilen kaynak ve ek bilgilerden yararlanarak sunumunu hazırlayabilir.

Eğitimci, rehberi kullanırken katılımcıların özelliklerine göre giriş cümlelerine, ısınma oyunlarına ve işleniş sırasındaki soru yöneltme yöntemine dikkat etmelidir.

Eğitimci, rehberde konulara ilişkin sorulan soruların cevaplarının alınması için katılımcıları zor durumda bırakmamalı, birkaç saniye içerisinde cevap alınamaması durumunda cevabı kendisi vermeli ya da bir iki cümleyle sorular ile anlatacağı konular arasında bağlantı kurarak anlatmaya devam etmelidir. Sorulara doğru cevap verenleri “doğru söylüyorsunuz”, “çok güzel”, “evet”, “haklısınız” gibi sözlerle onurlandırmalı ve güdülemelidir. Konu sonundaki değerlendirme sorularına benzer sorular geliştirip verilmek istenen ana mesajları tekrarlayarak pekiştirme yapılmalıdır.

Eğitimci, rehberden yararlanarak hazırladığı eğitim programını uygularken kendinden emin, güler yüzlü, uygun araç-gereçleri kullanan, aktif ve katılımcıların istek ve ilgilerini artırıcı özelliklere sahip olmalıdır. Katılımcıları küçük düşürücü söz ve davranışlardan kaçınmalıdır.

Toplumun “Yaşlı Sağlığı” konusunda bilinçlendirilmesi, sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve geliştirilmesi amacıyla hazırlanan bu rehberin kullanımında; hastalıkların sıklığı ve özellikleri; mevsimsel özellikler, sağlık sorunlarının güncelliği dikkate alınmalıdır.

Uzun süreli yoğun bir çaba ile hazırlanan “Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi- Yaşlı Sağlığı Modülleri”nin tüm kullanıcılar için yararlı olması, yaşlarımızın sağlık sorunlarının çözümlenmesinde, önlenmesinde ve halkın bilinç düzeyinin yükseltilmesinde önemli katkılar sağlaması en büyük dileğimizdir.

**Modül Hazırlama Ekibi**

# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

1

## İLERİ YAŞTA BAĞIŞIKLAMA

*Dilek ASLAN*





## **KONU : İLERİ YAŞTA BAĞIŞIKLAMA**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılık döneminde bağışıklamanın sağlık açısından önemi konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Bağışıklama kavramlarını açıklayabilmeli,
- Yaşlılık döneminde aşı ile korunabilir hastalıkları sıralayabilmeli,
- Yaşlılık döneminde bağışıklama hizmetlerine ulaşma yollarını söyleyebilmelidirler.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar
- Afiş, broşür

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci; katılımcılara çocuklara ve erişkinlere yapılan aşuların neler olduğunu sorar, birkaç cevap aldıktan sonra katılımcıları iki gruba ayırır ve alınan cevapları aşağıda örnek olarak sunulan büyük kartonlara yazmalarını ister. Graplardan birer sözcünün grupların belirlediği başlıkları herkesin duyabileceği şekilde okumalarını sağlar ve bu kartonları herkesin görebileceği şekilde duvara asar.*

<p style="text-align: center;"><b>ERİŞKİNLERİN AŞILANMASI</b></p>
---

<p style="text-align: center;"><b>ÇOCUKLARIN AŞILANMASI</b></p>
---

### **Giriş**

*Eğitimci katılımcılara altmış beş yaş ve sonrasında aşı ile korunabilir bazı hastalıkları geçirip geçirmediğine ilişkin örneğin; “bu yıl hiç grip geçiren oldu mu? Ya da zatürree geçiren oldu mu? Yakınlarınızdan bu hastalıkları geçiren var mı?” gibi sorular sorar. Bu sorulara “evet” yanıtı alındığında “bu hastalıkları geçirmek kişilere ve yakınlarına nasıl sorunlar yaşattı?” şeklinde ikinci bir soru sorar. Alınan yanıtlar tartışılır. Daha sonra bu hastalıklardan korunulabileceğini belirterek konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak hazırladığı dokümanlarla konuyu açıklar.*

Yaşlanma ile birlikte bağışıklık sistemindeki gerileme bireylerde süregelen hastalık sıklığına ve bu hastalıklara bağlı komplikasyon ve ölümlere neden olabilmektedir. Doğal ve sonradan kazanılmış immünitede değişimler yaşlılık döneminde görülmektedir.

Bağışıklama Temel Sağlık Hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden birisi olup yaş gruplarına göre bu hizmetin kapsamı değişebilmektedir. Aşılama, bireyde bağışıklık düzeyini istenilen seviyeye getirmek anlamı taşıyan bağışıklamayı sağlamak için yapılan bir uygulama işlemidir. Doğuşta beklenen yaşam süresinin artmasına bağlı olarak ileri yaşta bağışıklama konusu özellikle gelişmiş ülkelerde başlatılmış, bu yaklaşım geliştirmekte olan ülkelere de örnek olmuştur.

Günümüzde ileri yaş bağışıklama uygulamalarının en önemli gerekçesi bu yaş grubunda mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) sebebi olan durumlardan ya da istenmeyen etkilerinden korunmaktır. İleri yaş (bir başka ifadeyle; altmış beş yaş ve üzeri) gruptaki bireyler için “kırılgan” ifadesi de kullanılmakta olup bu döneme özel önlemlerin alınması gereği üzerinde durulmaktadır.

### **1.Mevsimsel Grip Aşısı**

Dünyada ve Türkiye’de altmış beş yaş ve üzeri grup için genel ve bölgeye/ülkeye özel bağışıklama seçenekleri bulunmaktadır. Dünyada 75 ülkede yaşlılara özel bağışıklama programının olduğu üzerinde durulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2003 yılında yapılan Genel Kurulu’nda 2006 yılına kadar taraf ülkelerin %50’sinde ve 2010 yılına kadar da %100’ünde yaşlıların influenza aşısı olabilmesi ile ilgili olanak ve koşulların sağlanması kararı alınmıştır. Mevsimsel grip aşısı için zamanlama genellikle Ekim ayında başlayıp Aralık ayı ve Ocak ayında da devam edebilir. Bu sürenin değişimi grip salgınının zamanının değişimine göre farklılaşabilmektedir. Altmışbeş yaş ve üzeri bireylerin bu aşığı yılda bir kez olmaları önerilmektedir. Aşının koruyucu etkisi 1-2 hafta sonra başlamaktadır.

Ülkemizde de mevsimsel grip aşısı altmış beş yaş ve üzeri grup için sağlık kurumlarında ücretsiz olarak yapılmaktadır.

**NOT: Bu konu işlenirken eğitimciye halk arasında domuz gribi olarak da bilinen H1N1(v) aşısı ile ilgili sorular gelebilir. Bu sorulara karşılık; altmış beş yaş ve üzeri grupta olup da diabetes mellitus, KOAH, astım gibi herhangi**

**bir kronik hastalığı olan bireylerin aşılanmasının önerildiğini belirterek H1N1(v) aşısının 2009 yılında ülkemizde ayrı bir program kapsamında uygulandığını, ancak 2010 yılından itibaren mevsimsel grip aşısının içeriğine ekleme yapıldığını söyler.**

## **2.Pnömonokok Aşısı**

Yaşlı nüfus için aşılama konusunda öncelikler arasında yer alan bir diğer aşı da pnömokok (zatürre) aşısıdır. Pnömonokok aşısının etkinliği %60-64 olup aşılamadan sonra yaklaşık 9-10 yıl koruyuculuğu sürmektedir. Altmış beş yaş ve üzerinde kişiler için ilk aşılama altmış beş yaşın altında yapıldıysa ve bu aşından sonra 5 yıl ya da daha uzun süre geçtiyse yeniden aşılama önerilmektedir.

## **3. Tetanoz Aşısı**

Erişkin bireyler her on yılda bir tetanoz tekrar dozlarını yaptırmalıdır. Dolayısıyla, altmış beş yaş ve üzeri kişiler için de aynı öneri geçerlidir.

## **4. Hepatit B Aşısı**

Yaşlılık döneminde hekim tarafından gerekli görüldüğünde hepatit B aşısı da yaptırılabilir. Bu konuda genel sağlık taramaları kapsamında hekimle iletişim kurulabilir.

## **5. Herpes Zoster Aşısı**

Yaşlılık döneminde herpes zoster (zona zoster) bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla viral bir etken (varicella zoster) nedeniyle gelişir. Hastalık sinir yolağı boyunca baloncuklar içeren yaralar (veziküler lezyon) şeklinde kendini gösterir. Yaralar belirmeden 2-7 gün önce tutulan bölgede yanma, batma şeklinde ağrıyla başlar.

Bu hastalıktan korunmak için zoster aşısı farklı ülkelerde rutin aşılama programı içinde yer almıştır. Altmış yaş üzeri bireylerde tek doz zoster aşısı cilt altına daha önce hastalığın geçirilme durumuna bakılmaksızın önerilmektedir. Süregen hastalığı olanlar klinik tablo açısından herhangi bir risk oluşturmuyor ya da önlem alınması gerekli bir durum yok ise aşılama yapılabilir. Bu konuda hekim danışmanlığı ve yönlendirmesi gerekir.

*Eğitimci, bu bilgilerin aktarılması sırasında aşağıdaki on sekiz yaş üzeri bireyler için aşı şemasını kullanabilir.*

Aşı	18-49 yaş	50-64 yaş	65≥ yaş
Tetanoz, difteri (Td) <sup>1</sup>	Her 10 yılda bir rapel doz aşısı		
Kızamık (K) / Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (KKK) <sup>2,3</sup>	1 veya 2 doz aşısı		
Hepatit-B	3 doz aşısı (0, 1, 6. aylar)		
İnfluenza	Yılda 1 doz aşısı		Yılda 1 doz aşısı
Pnömonokok (polisakkarid) <sup>4</sup>	1-2 doz aşısı		1 doz aşısı
Hepatit-A	2 doz aşısı (0, 6 -18. aylar )		
Suçiçeği <sup>2</sup>	2 doz aşısı (0, 1 ya da 2. aylar )		
Meningokok <sup>5</sup>	1 ya da daha fazla doz aşısı		

İmmünitesi ve Kontrendikasyonu Olmayan Tüm Bireyleri Kapsar

Risk Faktörü Olan ve Kontrendikasyonu Olmayan Bireyleri Kapsar

<sup>1</sup>Tetanoz aşısı için primer immünizasyonu tamamlamış kişilerdeki şemadır.

<sup>2</sup>Gebelikte kontrendikedir.

<sup>3</sup>Bir ya da iki doz kızamık aşısı yapıldı ise bir doz KKK aşısı yapılır. İlk doz KKK aşısı olarak yapıldı ise 2. doz kızamık aşısı olarak yapılır. İki doz KKK aşısı yapıldı ise tekrar aşısıya gerek yoktur.

<sup>4</sup>Beş yıl ara ile risk gruplarına yapılır (her risk grubu özel olarak değerlendirilir).

<sup>5</sup>Koruyuculuk süresi 2 yıldır.

## ÖZET

*Eğitimci, bu oturumda her bir katılımcıdan bağışıklama konusunda akıllarında ne kaldığını söylemelerini ister. Eksik kalan hususları tamamlayarak konuyu özetler.*

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak değerlendirme yapar.*

1. Yaşlılık döneminde bağışıklama neden önemlidir?
2. Yaşlılık döneminde bağışıklama ile korunabilir hastalıklar nelerdir?
3. Yaşlılık döneminde yaptırılması önerilen aşılardan nelerdir?

## KAYNAKLAR

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010, p 31.
2. Erişkin Bağışıklama Rehberi. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği-Erişkin Bağışıklama Rehberi Çalışma Grubu. Ankara, 2009.
3. Key Facts About Seasonal Flu Vaccine. <http://www.cdc.gov/flu/protect/keyfacts.htm>. Erişim: 27 Nisan 2010.
4. State of the world's vaccines and immunization-Third edition. WHO-UNICEF-World Bank publications. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563864\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563864_eng.pdf). Erişim: 27 Nisan 2010.
5. Şenol E. Yaşlanma ve İmmünoloji. In: Gökçe-Kutsal Y (Ed), Aslan D (Ed. Yrd.) Temel Geriatri, Güneş Kitabevleri, Ankara, 2007, pp 689-703.

# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

2

## KANSERDEN KORUNMA

*Dilek ASLAN*





## **KONU : KANSERDEN KORUNMA**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Kansere neden olan başlıca faktörler ve yaşlılıkta kanserden korunmanın ilkeleri konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Yaşlılık döneminde sık görülen kanserlerin neler olduğunu sayabilmeli,
- Kansere neden olan riskli yaşam davranışlarını söyleyebilmeli,
- Kanserden korunmak için bireyin yapması gereken temel davranışları sıralayabilmeli,
- Kanserden korunma konusunda erken tanının önemini açıklayabilmeli ve erken tanı yöntemlerini söyleyebilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

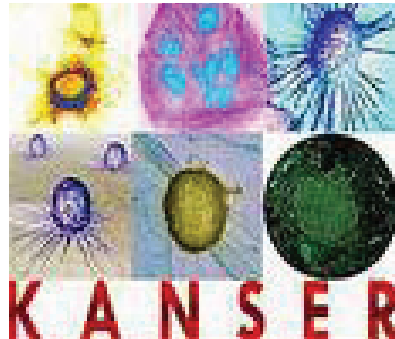
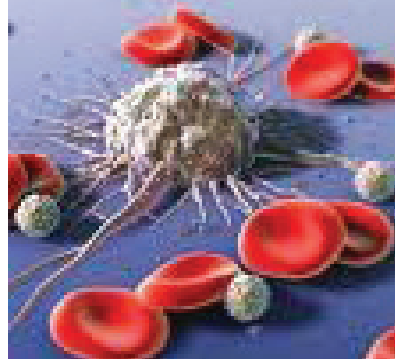
### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, aşağıdaki gazete küpürlerini ve resimleri katılımcılara dağıtır, daha sonra dağıtılan resimleri tahtada yapıştırılması için ayrılmış bölüme yerleştirmelerini ister. Herkes elindeki resimleri yerleştirdikten sonra katılımcıların resimlerle ilgili ortak görüşlerini alır.*



## **Giriş**

*Eğitimci, katılımcılara yakınlarında altmış beş yaş ve üzeri dönemde kanser hastası olan bir birey olup olmadığını sorar. Eğer yanıt alamaz ise kendi çevresinden bir örnek verir. Bu konu ile ilgili katılımcıların kanserden korunmaya ilişkin görüşlerini alır. Yaşlılık dönemine özgü kanserden korunmanın önemli olup olmadığı konusundaki görüşlerin paylaşılmasını ister. Daha sonra konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

## **İşleniş**

*Eğitimci, yaşlılık döneminde sık görülen kanser tiplerini kısaca açıklar ve kanserden korunmanın önemi ile ilgili olarak aşağıdaki dokümanlardan yararlanarak katılımcılara ayrıntılı bilgi verir.*

Kanser altmış-yetmiş dokuz yaş arası kadın ve erkeklerde başlıca ölüm nedeni olarak kabul edilmektedir. Yaşlılık döneminde aşağıdaki kanser türlerinin sık görüldüğü bilinmektedir:

1. Meme kanseri
2. Kolorektal kanser
3. Serviks kanseri
4. Prostat kanseri
5. Akciğer kanseri
6. Cilt kanseri

*Eğitimci, katılımcılara kanserden korunma ilkelerinin önemini vurgular ve bu ilkeleri sıralar. Birincil korunma açısından bağışıklama, yeterli ve dengeli beslenme, bedensel etkinlik yapma, sigara-alkolden uzak bir yaşam sürme başlıklarını, ikincil korunma olarak erken tanı ve tedavinin önemini, üçüncül korunma olarak da rehabilitasyon hizmetlerinin varlığını belirtir.*

**Kanserden korunmak için yaşam boyu yaklaşımın önemi bulunmaktadır. Bunun için çocukluk döneminden başlayan bir süreçte aşağıdaki yaşam davranışlarını geliştirmenin önemini vurgulamak yerinde olur:**

1. Yeterli ve dengeli beslenme
2. Bedensel etkinlik
3. Sigara içmeme
4. Alkolden uzak bir yaşam
5. Boş zamanları değerlendirebilme
6. Yeterli ve düzenli uyku
7. Stresle baş edebilme

**Bu davranışların sağlanamadığı durumlarda Tablo 1’de gösterilmiş olan durumlar ortaya çıkabilir.**

**Tablo 1. Sağlık Açısından Riskli Davranışlar ve Neden Oldukları Başlıca Hastalıklar**

<b>Riskli davranış</b>	<b>Hastalık</b>
<b>Sigara</b>	Akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, amfizem, diabetes mellitus, kalp ve damar sistemi sorunları, hipertansiyon, demans, inme
<b>Beslenme</b>	Fazla kiloluluk, şişmanlık, kalp hastalıkları, diabetes mellitus, hipertansiyon, inme, artrit, meme kanseri, osteoporoz, osteoartrit
<b>Yetersiz bedensel etkinlik</b>	Şişmanlık, stres, sosyal açıdan yetersizlik, dolaşım sistemi yetersizlikleri, osteoporoz, osteoartrit, koroner arter hastalığı, kas gücü yetersizliği, kemik dansitesinde azalma
<b>Alkol tüketimi</b>	Karaciğer hastalıkları, mide ülseri, gut, depresyon, osteoporoz, kalp hastalıkları, meme kanseri, diabetes mellitus, hipertansiyon
<b>Emniyet kemeri kullanmama</b>	Kaza ve yaralanmalar

*Eğitimci, aşağıdaki metinden yararlanarak hangi sağlıklı yaşam davranışının neden gerekli olduğuna dair bilgileri katılımcılarla paylaşır.*

## Sağlıklı Yaşam Davranışları

### Yeterli ve Dengeli Beslenme

Üç ana ve üç ara öğün şeklinde olması önerilen günlük beslenme düzeninde ekmek-pirinç-makarna, meyve, sebze, et-balık-tavuk-baklagiller-yumurta, süt-yoğurt-peynir, hayvansal-bitkisel yağlar temel besin grupları yeterli miktarda ve denge içinde tüketilmelidir. Ayrıca, yaşlılık döneminde 2 litre (8-10 bardak) sıvı tüketilmesi de önerilmektedir, ancak, hastalıkların varlığı, fizik aktivite durumu alınması gerekli sıvı miktarını değiştirir.

### Bedensel Etkinlik

Kas gücünün korunması, kronik hastalıkların önlenmesi için her yaş grubunda olduğu gibi yaşlılık döneminde özellikle orta yoğunlukta bedensel etkinliğin önemi büyüktür. Yaşlı bireyler için dayanıklılık ve kuvvet egzersizleri yaşlılar için önerilen egzersizlerdir. Dayanıklılık egzersizleri (yüzme, bahçe etkinlikleri, düz zeminde hızlı yürüme, vb.) yaşlılık döneminde kalp ve damar sistemi hastalıkları açısından önem taşıırken kuvvet egzersizleri (sandalyeden kalkma egzersizleri, kol kaldırma egzersizleri, vb.) ise kas ve kemik sağlığını geliştirmek için önerilir. Hekim yaşlı bireyi egzersiz yapmaya engel bir durum olup olmadığı, önerilecek egzersizin tipi, süresi, yoğunluğu açısından değerlendirmelidir. Önerilecek egzersize ilişkin ayrıntılar yaşlı birey ile birlikte verilmelidir.

### Sigara İçmeme

Sigara içme çoğunlukla ergenlik döneminde kazanılan riskli bir davranıştır. Yaşlılık döneminde en çok yanlıgı oluşturan konu sigara içen bireylerin bu davranışlarını sürdürmeleridir. Gerçekte; sigara bırakıldığı an sigaraya bağlı olan olumsuzluklar geri dönmeye başlamaktadır. Bu nedenle birey bu dönemde de sigarayı bırakmak için çaba göstermelidir; hekim ise bireyi güdüleyici bir yaklaşım sergilememelidir.

### Yeterli ve Düzenli Uyku

Sağlıklı bir uyku düzeni için gürültüsüz ortamların seçilmesi önemlidir. Bireyler günde 6-8 saat ve olabildiğince günün aynı saatlerinde uyumaya özen göstermelidirler. Uyku düzenini bozacak bir yaşam şeklinin sağlığı olumsuz etkileyeceği yaşlı bireylere hatırlatılmalıdır.

### **Stresle Baş Edebilme**

Stres, bireyin dışında seyreden ve onun yaşamını ve sağlığını olumsuz etkileyen bir faktör olarak tanımlanmaktadır. Yaşamda çok çeşitli olduğu bilinen stres kaynaklarının uzaklaştırılması bireyler için stres karşısında alacakları tutumu belirlemeden daha zor olabilir. Bu nedenle hekimler ve diğer sağlık çalışanları yaşlı bireylerin stresle karşılaştıklarında nasıl davranmaları gerektiği konusunda deneyim kazanmalarını kolaylaştırmalıdır. Bireyin stresle mücadele edebilmesinin başlıca yöntemi değiştiremeyeceği durumlarda karşılaştığı olaya vereceği tepkiyi değiştirmesidir.

### **Boş Zamanları Üretken Bir Biçimde Değerlendirebilme**

Yaşlılık döneminde bireylerin boş zamanları daha genç yaşlara göre fazla olabilir. Boş zamanları değerlendirebilmek için sedanter yaşam tarzından uzaklaşmak için yollar aranmalıdır. Boş zaman değerlendirme konusunda kadınlar ve erkeklerin farklı tercihleri olabilir. Kadınlar daha çok ev gezmeleri, el becerilerini ya da sosyal ilişkileri geliştirici kurslar, vb. aktiviteleri daha sıklıkla tercih ederken erkekler kahvehane gibi toplu bulunan yerlerde vakit geçirmeyi tercih etmektedirler. Bu farklılık onların sağlık açısından karşılaştıkları riskleri de birbirinden ayırabilir. Kahvehaneler sigara içiminin yoğun olduğu ve bireylerin sigara dumanından pasif etkilenim riski ile karşılaştıkları alanlardır. Bununla beraber kadınların tercih ettikleri ev gezmeleri ise obezite açısından risk yaratabilecek ortamlardır. Hekim; yaşlı bireyle kurduğu iletişimde bu ayrıntıları mutlaka sormalı ve gerekli önerileri vermelidir

*Eğitimci, yaşlılık döneminde erken tanı olanaklarından yararlanmak için bu dönemde sık görülen kanser türlerine göre bazı özel erken tanı yaklaşımlarının önemini vurgulayarak yaşlılıkta görülen kanser türlerini açıklar.*

### **Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Kanserler**

#### **Meme Kanseri**

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Mamografi, klinikte meme muayenesi ve kendi kendine meme muayenesi tanıya yardımcı olan en önemli tarama yöntemleridir.

Kendi kendine meme muayenesinin, meme kanseri ölüm hızlarının azalmasına katkısı olmadığı gösterilmiş olmasına karşın kanser bilincinin gelişmesi

bakımından önerilmektedir. Klinik meme muayenesi kırk yaşından itibaren yılda bir ilgili hekim ya da eğitim görmüş hemşirelerce yapılmalıdır. Klinik meme muayenesinde herhangi bir bulgu saptandığında mamografi önerilir. Tarama amaçlı mamografi incelemesi elli-altmış dokuz yaş arası tüm kadınlara, her iki yılda bir, her iki meme için yapılmalıdır.

### **Kolorektal Kanseler**

Sık görülen kanser türleri arasındadır. Erkekler ve kadınlar arasında görülme sıklığının eşit olduğu bilinmektedir. Hastalığı erken dönemde yakalamak için uygun tarama yöntemleri bulunmaktadır. Rektal muayene, gaitada gizli kan, fleksible rektosigmoidoskopi, kolonoskopi, baryumlu kolon grafisi uygulamaları tarama yöntemi olarak kullanılır. Tarama testleri kolon kanserinden ölümleri elli-yetmiş yaş grubunda önemli ölçüde azaltmaktadır.

Elli-yetmiş yaş arası tüm erkek ve kadınlarda her yıl gaitada gizli kan testi (GGK) ve her 10 yılda bir kolonoskopi yapılmalıdır.

### **Serviks Kanseri**

Düzenli jinekolojik muayene ve alınan servikal smear'in sitolojik ve HPV enfeksiyonu yönünden incelenmesi serviks kanseri riskini %80'in üzerinde azaltmaktadır.

Ulusal kanser kontrol programına göre otuz beş-kırk yaş aralığındaki tüm kadınlardan en az bir kez smear alınmalıdır ve smear alımı beş yıllık aralıklarla tekrarlanmalıdır. Son iki testi negatif olan altmış beş yaşındaki kadınlarda taramaya son verilmelidir. Benign jinekolojik nedenler ile total histerektomi yapılan olguların sitolojik takibi gereksizdir.

### **Prostat Kanseri**

Erken tanıda en sık kullanılan yöntemler, rektal tuşe ve prostat spesifik antijen (PSA) değerlendirilmesidir. Tarama başlangıç yaşı elli olup yaşam beklentisinden 10 yıl önceye kadar yıllık rektal muayene ve PSA ile tarama önerilmektedir. Birinci derece tek yakınında, altmış beş yaş öncesi prostat kanseri saptanan kişiler yüksek risk grubunda yer alıp bunların taraması kırk beş yaşında başlatılmalıdır. Şayet yakınında birden çok kimse altmış beş yaş altında prostat kanseri olmuşsa tarama başlatma yaşı kırk'a indirilmelidir.

### **Akciğer Kanseri**

Akciğer kanserinde erken tanı koymak için etkili bir yöntem olmadığı düşünülmektedir. Bilgisayarlı tomografinin sigara içenlerde tarama amacıyla kullanılmasına ilişkin çalışmalar sürmektedir. Sigaradan uzak durmak akciğer kanserinin birincil korunmasındaki en etkili yöntemdir.

### **Cilt Kanseri**

Kendine ve/veya doktor tarafından cilt muayenesi dışında erken tanı için önerilen standart bir tarama testi mevcut değildir.

Rehabilitasyon hizmetlerinin kanser hastalarının yaşam kalitelerinin sürdürülmesi açısından önemi bulunmaktadır. Bu konuda tedaviye uyumun önemi, sağlık çalışanlarının yönlendirmelerine dikkat etmek gibi konuların vurgulanmasında yarar bulunmaktadır. Ayrıca; hasta yakınlarının bu süreçte desteğinin de alınması gereği üzerinde durulabilir.

Yaşlılık döneminde önemli bir konu da bütün bu yaklaşımların rutin hizmetler içinde olması gerektiğinin vurgulanmasıdır. Yaşa bağlı ayrımcılığın önlenmesi için sağlık çalışanlarının sunumlarını yaparken bu konunun üzerinde durmaları önerilmektedir.



## ÖZET VE DEĞERLENDİRME

*Eğitimci, katılımcılara aşağıdaki soruları sorarak konunun özet ve değerlendirmesini yapar.*

1. Yaşlılık döneminde sık görülen kanserlerin isimleri nelerdir?
2. Kansere yol açan başlıca faktörler nelerdir?
3. Kanserden korunmak için temel olarak nelerin yapılması gerekir?

## KAYNAKLAR

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010, pp 41,42.
2. Cancer prevention. <http://www.who.int/cancer/prevention/en/index.html>. Erişim: 27 Nisan 2010.
3. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonda Yeni Ufuklar-Yaşlı Sağlığı Kitabı. Arasıl T, Gökçe-Kutsal Y (Ed) ve Aslan D, Başar MM (Yrd Ed) Güneş Tıp Kitabevleri Yayınları, 2010, pp 11-18 ve 293-305.
4. Health promotion. [http://www.who.int/topics/health\\_promotion/en/](http://www.who.int/topics/health_promotion/en/). Erişim: 27 Nisan 2010.
5. Kars A, Türker A. Yaşlılık ve Kanser. In: Gökçe-Kutsal Y (Ed), Aslan D (Ed. Yrd.) Temel Geriatri, Güneş Kitabevleri, Ankara, 2007, pp 767-788.



# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

3

## YETERLİ VE DENGELİ BESLENME

*Dilek ASLAN*



## **KONU : YETERLİ VE DENGELİ BESLENME**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılık döneminde yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Sağlıklı beslenmenin tanımını söyleyebilmeli,
- Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlık açısından önemini açıklayabilmeli,
- Yetersiz ve dengesiz beslenildiğinde oluşabilecek sağlık sorunlarını sıralayabilmeli,
- Yaşlılık döneminde yeterli ve dengeli beslenmenin temel ilke ve yaklaşımlarını söyleyebilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar
- Çeşitli broşürler, posterler
- Resimli mesajlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcıları küçük gruplara ayırır. Oluşturulan grupların kendi arasında yeterli ve dengeli beslenmenin sağlık açısından yararlarını söylemelerini (belirlemelerini) ister. Daha sonra gruplardan birer sözcünün grupların belirlediği başlıkları herkesin duyabileceği şekilde aktarmasını ister.*

### **Giriş**

*Eğitimci, katılımcılara kendi beslenme alışkanlıklarını sağlıklı bulup bulmadıklarını sorar. Verilen cevaplara göre (sağlıklı-sağlıksız) nedenleri söylemelerini ister. Daha sonra kısa tartışmayı sağlıklı beslenmenin önemine vurgu yaparak tamamlar. Sunumun bundan sonraki bölümüne geçiş yapar. Sağlıklı beslenmenin yeterli ve dengeli beslenme ile aynı anlamı taşıdığını vurgulayarak konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, katılımcılara “yeterli ve dengeli beslenme ne demek?” “sağlıklı beslenmenin tanımını yapabilir misiniz?” sorularını sorarak aldığı birkaç cevaptan sonra konuya giriş yapar.*

**Beslenme;** çok genel bir yaklaşımla gıdalardan yararlanma olarak bilinmektedir. Bir başka tanıma göre de beslenme büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır.

**Besin;** yenilebilen bitki ve hayvan dokuları besin olarak tanımlanmaktadır. Gıda, yiyecek gibi sözcükler dilimizde besin ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır.

**Besin ögesi;** besinlerin içinde bulunan protein, karbonhidrat, yağ, vitaminler, mineraller ve su olarak altı grupta tanımlanır. Besin ögesi yerine bazen besin elementi terimi de kullanılabilir. Besin öğelerinin her birisi vücuda her gün düzenli olarak vücudun gereksinim duyduğu kadar alınmalıdır.

**Yeterli ve dengeli beslenme;** vücudun büyümesi ve gelişmesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli ve dengeli miktarlarda alınması ve uygun şekilde kullanılması anlamına gelmektedir. Yetersiz beslenme; vücut için gerekli olan gıdaların gerekenden daha az bir düzeyde vücuda alınması; dengesiz beslenme ise alınan besin öğelerinin oranının bozulmasıdır. Dengesiz beslenme çoğunlukla gereksinimden daha fazla alım olarak görülür ve şişmanlıkla sonuçlanır.

Yetersiz ve dengesiz beslenme vücut direncini azalttığı için hastalıklara yakalanma olasılığı artmaktadır. Bu dönemde beslenme sorunları da var ise hastalıklar daha ağır seyredebilmektedir. Yaşlılık döneminde beslenme alışkanlıkları fizyolojik sürecin yanısıra; kronik hastalıklardan, ilaçlardan, fiziksel, ruhsal, sosyal belirleyicilerden etkilenmektedir. Besin ögesi yetersizliğine neden olabilecek besinlerin seçimi, yetersiz besin tüketimi, besin öğelerinin emilimindeki yetersizlik, hastalıklar nedeniyle besin ögesi gereksiniminin ya da kaybının artması başlıca nedenler arasındadır. Ayrıca, diş sorunları, yutma güçlüğü, tad ve koku duyusunda azalma, besinleri satınalma olanaklarının yetersizliği gibi nedenler de yaşlılık döneminde beslenme sorunlarına yol açan sık görülen nedenler arasındadır.

Yaşlılık döneminde vücut kompozisyonunda değişiklikler meydana gelmektedir. Kollarda, bacaklarda deri altı yağ dokusunda azalma, karın çevresindeki yağlanmada artmaya bağlı olarak yağın vücut dağılımında değişim meydana gelir. Boy uzunluğunda da kemik erimesi, vb. durumlarına bağlı olarak azalma görülür.

Yaşlılık döneminde bazal metabolizma hızı azalır, dolayısıyla da toplam enerji harcaması-kalori gereksinimi azalır. Bu dönemde beden ağırlığının kilogramı başına 30 kkal/gün enerji tüketilmesi önerilmektedir. Bu değer ise günlük olarak kadınlarda 1900 kkal; erkeklerde ise 2300 kkal olarak kabul edilmektedir. Yaşlı bireylerin günlük aldıkları enerjinin 1500 kaloringin altına düşmemesi önerilmektedir.

**Yaşlılık döneminde temel besin öğelerine (besinlerin bileşiminde bulunan kimyasal madde) duyulan gereksinim diğer yaş gruplarından farklıdır. Bu farkların gözetildiği öneriler aşağıda sunulmuştur:**

**a. Karbonhidratlar:** Karbonhidratlar ve yağlar vücudun faaliyetleri için temel enerji kaynağı olan besinlerdir. Sağlıklı beslenme için karbonhidratlardan sağlanan enerji payı %55-60; yağlardan sağlanan pay %25-30, proteinlerden sağlanan pay ise %10-15 olmalıdır. Karbonhidratlar basit ve kompleks olmak üzere temel olarak iki grupta incelenmektedir. Basit karbonhidratlar glikoz, meyve şekeri (fruktoz), galaktoz ve mannozdan oluşan monosakkaritler ve sakkaroz, laktoz ve maltozdan oluşan disakkaritleri içermektedirler. Daha sağlıklı olan polisakkarit yapıdaki kompleks karbonhidratlardır (örneğin; nişasta ve glikojen). Bu tip karbonhidratlar ekmekte, nişastada, pirinçte, bulgurda, fasulye, patates, domates, havuç, biber gibi sebzelerde bulunur. Besinlerde bulunan karbonhidratın basit ya da kompleks olmasını ayırt etmek önemlidir. Karbonhidratlar konusunda özellikle son dönemlerde daha öne çıkan iki kavram besinlerin glisemik indeks ve glisemik yük değerleridir. Basit bir ifadeyle besinlerin kan şekerini yükseltme

hızı olarak da bilinen glisemik indeks değeri düşük olan besinlerin özellikle şişmanlık ve diabetes mellitus ile mücadelede önemli olduğu ifade edilmektedir. Glisemik indeks değeri karbonhidratların ne kadarının sindirilebilir olduğunu tam anlamıyla göstermemektedir. Örneğin; kavunun glisemik indeks değeri yüksek olmasına rağmen bir porsiyon kavunun karbonhidrat miktarı düşüktür. Bu nedenle alınan miktarla uyumlu bir değerlendirme yapabilmek için glisemik yük kavramı da ortaya atılmıştır. Bir besinin glisemik yükü, glisemik indeks değeri ile içerdiği karbonhidrat miktarının çarpımı ile elde edilmektedir. Genel olarak glisemik yükün 20 ve üzerinde olması yüksek, 11-19 arasında olması orta, 10 ve altında olması ise düşük olarak değerlendirilmektedir.

**b. Yağlar:** Vücuda alınan ve tüketilen yağ dengesinin iyi kurulması gerekir. Vücudun enerji kaynağıdır. 1 gram yağ 9 kkal enerji sağlamaktadır. Yaşlılarda günlük alınan enerjinin en fazla %30'unun yağlardan sağlanması önerilmektedir. Gerçekte kolesterol östrojen, testesteron, D vitamini ve diğer yaşamsal bileşikler için bir başlangıç noktasıdır. Ancak; vücuttaki yağ dengesi kurulmadığı zaman sağlık için riskler belirmeye başlar. LDL kolesterolün fazlalığı vücutta ateroskleroz plaklarının oluşma riskini artırmaktadır. Trigliseridlerin de yüksek olması istenen bir durum değildir. Bunun yanı sıra HDL kolesterol “iyi” kolesterol olarak da tanımlanmaktadır ve yüksekliği istenen bir durumdur. Besinlerle alınan yağlar vücutta dolaşımda olan toplam ve LDL kolesterol değerini yakından etkilemektedir.

- b.1. İyi yağlar doymamış (oda sıcaklığında sıvı formdaki yağ, satüre olmamış yağlardır ve çoğunlukla bitki kaynaklı besinlerde, mısırözü ve ayçiçek yağında bulunur. İki tip doymamış yağ çeşidi vardır:
  - a. Tekli doymamış yağlar: zeytinyağı.
  - b. Çoklu doymamış yağlar: mısırözü ve ayçiçeği yağı gibi.
- b.2. Kötü yağ olarak bilinen doymuş yağların (oda sıcaklığında katı formdaki yağ) en fazla kırmızı et, tam yağlı süt ve süt ürünlerinde bulunduğu belirtilmektedir.
- b.3. Çok kötü yağ olarak bilinen trans yağ asitleri (ya da kısaca trans yağları) de bilmekte yarar bulunmaktadır. Bitkisel yağların işlemden geçirilerek yapılarındaki doymamış bağların doyurulması yoluyla katılaştırılmalarına “hidrojenize etmek” de denilmektedir. Bu tür yağlar sağlık açısından doymuş yağların yaratacağı risklerden de fazla risk oluşturmaktadır. Kızartma için değiştirilmeden kullanılan yağlar bu grup için örnektir.

**c. Proteinler:** Vücuda enerji de sağlayan protein (bir gram protein 4 kalori enerji verir) günde vücut ağırlığı başına 0.9-1.1 gram alınmalıdır. Hastalık, stres ve ameliyatlar durumunda protein gereksinimi artar. Bazı organ yetersizliklerinde



(böbrek, karaciğer) ise protein alımının kısıtlanması gerekir. Bütün hayvansal ve bitkisel besinler protein kaynağıdır, ancak besinlerin içerdikleri protein miktarı ve kalitesi birbirinden farklıdır. Örneğin, et-et ürünleri-yumurta-balık-peynir gibi hayvansal besin kaynaklı protein iyi kalite protein olarak değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra bitkisel kaynaklı proteinler düşük kaliteli proteinlerdir. Yaşlılık döneminde beden ağırlığının kilogramı başına 1 gram protein tüketilmesi önerilmektedir.

**d. Vitamin ve mineraller:** Yaşlılık döneminde vitamin ve mineral gereksiniminin artması temel olarak vücut direncinin ve bağışıklık sisteminin zayıflaması, kronik hastalıkların artması, hareketsizlik gibi nedenlere bağlıdır. Vücut için gerekli olan D Vitamini dışındaki vitamin ve mineraller eğer yaşlıda başka bir sağlık sorunu yoksa yeterli ve dengeli beslenme sayesinde sağlanabilmektedir. D vitamini gereksiniminin karşılanabilmesi için haftada 2-3 kez ellerin, yüzün 20-30 dakika güneşlenmesinin sağlanması önemlidir.

**e. Su:** Pratik olarak yaşlıların günde 2-2,5 litre (8-10 bardak) sıvı tüketmesi önerilir. Bedensel etkinlik, metabolizmanın etkilenmesini sağlayan herhangi bir hastalık olması, mevsimsel değişiklik, iklim değişiklikleri, sıvı gereksinimini değiştirebilir.

**f. Posa:** Posalı gıdalar bağırsak hareketlerini artırır, kan şekerini düzenler, kan kolesterolünü azaltmaya katkı sağlar, şişmanlığı önler ve barsak kanserine karşı koruyucudur. Bu nedenle bitkisel gıdaların vücutta sindirilemeyen bölümü olarak da bilinen posalı gıdaların günde 25-30 mg tüketilmesi önerilmektedir. Kurubaklagiller, kepekli tahıl ürünleri posa içeriği yüksek olan gıdalar arasındadır. Kurutulmuş meyveler (incir, kayısı, erik, hurma gibi), haşlanmış/pişirilmiş meyveler, yeşil yapraklı sebzeler (marul, maydanoz, taze nane, pırasa gibi), kök sebzeleri (enginar, patates, havuç gibi) posa açısından zengin olan diğer besin önerileri arasında yer almaktadır. Bireylerin beslenme alışkanlıklarında posayı birden bire arttırmaları hazımsızlık, sindirememe gibi sorunları beraberinde getirebilir. Bu nedenle posanın arttırılması ve istenilen düzeye getirilmesi için belirli zaman geçmesi gerekebilir. Örneğin bu değişimin altı haftalık bir sürede gerçekleşmesi uygun olur.

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak katılımcılara gıda güvenliği ve güvenli beslenme için beş anahtarın ne olduğunu açıklar.*


Sağlıklı beslenmeye ilişkin yukarıdaki önerilerin yanı sıra bazı ek bilgiler aşağıda sunulmuştur:

1. Gıda güvenliği kavramı üzerinde durulmalıdır. Besinlerin hazırlanması,

pişirilmesi ve saklanması konusunda hijyenik şartların sağlanması son derece önemlidir. Oda sıcaklığında bakterilerin üreme olasılığı artar. Gıdaların oda sıcaklığında iki saatten daha uzun bir süre bırakılmamasına dikkat edilmelidir. Gıdaların 5°C-60 °C arasında kalması risk oluşturmaktadır. 70°C’de pişirim gerçekleştiğinde mikroorganizmaların önemli bir kısmının yok olduğu bilinmelidir.

Eğitimci, gıda güvenliği konusunda aşağıdaki afişi ve içerikte yer alan bilgileri katılımcılarla paylaşır. Bu afişe [http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/5keys\\_turkish.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/5keys_turkish.pdf) web sayfasından ulaşılmaktadır.


## Güvenli beslenme için 5 anahtar



**Temizliğe önem verin**

**Neden?**


Toprakta, suya, hayvanlarda ve insanların küçük sürümlerinde bulunan bakteriler ve zararlı mikroorganizmalar gıda maddeleriyle temasla bulaşır. Bu bakteriler ve zararlı mikroorganizmalar gıda maddelerine bulaşır ve hastalıklara neden olur.



**Pişmiş ve çiğ gıdaları ayrı tutun**

**Neden?**


Çiğ et, tavuk, balık gibi çiğ yiyecekleri diğer gıdalara temas ettirmeyin. Bulaşık, doğrama tahtaları gibi mutfak aletlerini çiğ yiyeceklerde kullanmayın. Yemek hazırladığınız gıdaların çiğ gıdalarla temasını engellemek için kapalı kaplarda saklayın.



**İyiye pişirin**

**Neden?**


Doğru pişirmek, yiyeceklerdeki zararlı mikroorganizmaları öldürür. 70°C’ye kadar ısıtılan gıdaların yiyeceklerini güvenli olarak tüketebilirsiniz. Çiğ et, tavuk, balık, yumurta ve diğer hayvanlar, deniz ürünleri gibi çiğ gıdalar ve bunların saklanması tehlikeli mikroorganizmalara bulaşır. Bu tehlikeli mikroorganizmalar yemek hazırlama ya da saklama sırasında diğer gıdalara da bulaşabilir.



**Tehlikeli bölge**

**Neden?**

Oda sıcaklığında bırakılan yiyeceklerde tehlikeli mikroorganizmalar hızla çoğalır ve 5°C’den sıcakta ve 60°C’den soğukta ve mikroorganizmaların çoğalmasını önlemek için yiyecekleri 5°C’den soğukta tutulmalıdır.



**Temiz su, temiz malzeme kullanın**

**Neden?**

Su ve buzdolabı, ham malzemeler tehlikeli mikroorganizmaları ve bakterileri öldürmez. Bu mikroorganizmalar yiyeceklerde kalır ve yemeyi engeller. Çiğ yiyecekleri, özellikle et, tavuk, balık, yumurta ve diğer hayvanlar, deniz ürünleri gibi çiğ gıdalar ve bunların saklanması tehlikeli mikroorganizmalara bulaşır. Bu tehlikeli mikroorganizmalar yemek hazırlama ya da saklama sırasında diğer gıdalara da bulaşabilir.

**Bilmek = Korunmak**

2. Günde en az üç öğün tüketilmeli, ek olarak ara öğünler beslenme davranışları içinde yer almalıdır. Öğünlerde tüketilen miktarlar azaltılmalı, sık sık tüketim desteklenmelidir.
3. Yaşlılık döneminde tuz (sodyum) tüketiminin azaltılması uygun olur. Bu yaş grubunda hipertansiyon sıklığı diğer yaş gruplarına göre daha fazladır.
4. İdeal vücut ağırlığının korunmasına dikkat edilmelidir. Kişilerin beslenme durumlarını değerlendirmek için en sık kullanılan yöntem Beden Kitle İndeksi (BKİ) olup bu değerlendirme vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun (m) karesine bölümü ile elde edilir.

Bu değerlendirme sonucu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen kriterler kullanılarak bireylerin beslenme durumu değerlendirilir:

- <18.5 Protein-enerji malnutrisyonu (yetersiz beslenme)
- 18.5 -19.9 Normal kabul edilir
- 20.0-24.9 Normal
- 25.0-29.9 Hafif şişman
- 30.0-34.9 I. derecede şişman
- 35.0-39.9 II. derecede şişman
- ≥ 40 III. derecede şişman (morbid şişman)

Vücut yağ kütlesi yirmi-altmış yaşları arasında iki katına çıkar; altmış yaşından sonra BKİ değerindeki azalmaya bağlı olarak düşmeye başlar.

Yağ kütlesinin fazlalığı koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, diabetes mellitus, safra kesesi taşı, osteoartrit, kanser gibi hastalıklara neden olması açısından yaşlı bireyler için tehlikelidir. Yağ ve kas kitlesi arasındaki ilişkinin yaşla birlikte değişmesine bağlı olarak BKİ de değişim gösterir.

5. Son dönemlerde vücut ağırlığında kayıp olup olmadığı önem taşımaktadır.
6. Taze sebze meyve tüketimi artırılmalıdır.
7. Şeker tüketimi azaltılmalıdır.
8. Çay ve kahve aşırı tüketilmemelidir.
9. Bedensel etkinliğin önemi vurgulanmalıdır.

## ÖZET

*Eğitimci, yeterli ve dengeli beslenme konusunda aşağıda yer alan Türkiye'ye özgü "Dört Yapraklı Yonca" şeklini gösterir. Burada bulunan şekillerin simgelerinin ne anlama geldiğini katılımcılara sorar. Daha sonra da besin piramidinde yer alan "Yoncanın, mutluluğun simgesi olduğunu; Yaprakların, kalp sağlığını vurguladığını; Zeytin dallarının ise barışı" simgelediğini açıklar ve aşağıdaki besin piramidindeki besin gruplarının yeterli ve dengeli olarak tüketilmesinin (süt-süt ürünleri, et-yumurta-kurubaklagiller, taze sebze-meyve, ekmek-tahıllar) sağlık için gerekli olduğunu vurgulayarak konuyu özetler.*



## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak değerlendirme yapar.*

1. Yeterli ve dengeli beslenme ne demektir?
2. Yaşlılık döneminde beslenme sorunlarına neler yol açar?
3. Sağlıklı beslenme için neler yapmak gerekir?

## KAYNAKLAR

1. Aslan D, Şengelen M, Bilir N. Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ve Yaklaşımlar. Geriatri Derneği Eğitim Serisi 1, Öncü Matbaa, Ankara, 2008.2.
2. Baysal A. Beslenme (Yenilenmiş 9. Baskı) Hatiboğlu yayınları, 2002, p 9.
3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberöglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010, pp 23-36.
4. [http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/5keys\\_turkish.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/5keys_turkish.pdf). Erişim: 28 Nisan 2010.
5. Rakıcıoğlu N. Yaşlılara Verilen Beslenmeye Yönelik Hizmetler. In: Gökçe-Kutsal Y (Ed), Aslan D (Ed. Yrd.) Temel Geriatri, Güneş Kitabevleri, Ankara, 2007, pp 151-171.
6. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. TC Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yayınları, 2004. [http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger\\_kitaplar/beslenme\\_rehberi.pdf](http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/beslenme_rehberi.pdf). Erişim: 29 Nisan 2010.



# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

4

## YAŞLILIKTA AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

*Bahadır KASAR  
Murat ÖZBEK*





## **KONU : YAŞLILIKTA AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılık döneminde ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi, tutum ve beceri kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Yaşlılık döneminde ağız ve diş sağlığında karşılaşılan sorunları açıklayabilmeli,
- Ağız ve diş sağlığının beslenme üzerine etkisini söyleyebilmeli,
- Yaşlılıkta ve sistemik hastalıklarda ağız içinde oluşan değişiklikleri sayabilmeli,
- Diş protezinin bakımı ve kullanımı ile ilgili yaklaşımları sayabilmeli,
- Diş fırçalamayı tekniğine göre uygulayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap
- Demonstrasyon

### **ARAÇ –GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Uygulama modelleri (Diş fırçalama tekniğinin gösterilebileceği ağız ve diş modeli)
- Afiş, broşür
- Web tabanlı dokümanlar
- Diş fırçası ve diş macunu

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, eğlenceli dişsizlik ve güzel diş temalı fotoğrafları ve görsel medya aracılığıyla yayınlanmış haberleri göstererek katılımcıların dişsizlik üstüne ortak görüşlerini alır.*





## Giriş

*Eğitimci, uykuya dişi ile başlayan kaç kişinin olduğunu, yaşam süresince kaç kere Diş hekimine uğradıklarını sorar, aldığı birkaç cevaptan sonra konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklayarak konuya giriş yapar.*

## İşleniş

*Eğitimci, aşağıdaki dokümanlardan yararlanarak konuyu anlatır.*

### **Yaşlılıkta Ağız ve Diş Sağlığının Önemi**

Yaşlıda ağız ve dişlerle ilgili hastalıkların teşhisinde yapılan ağız muayenesinin önemi büyüktür. Özellikle çenealtı bölgesinde oluşan lenf bezi büyümeleri dental açıdan önemli olabilir. Ağız kanserleri en çok dilde görüldüğü için dil muayenesinin önemi büyüktür. Dişsiz hastalarda ağız muayenesi protezler çıkarıldıktan sonra yapılır ve dişi çevreleyen kemik ve yumuşak dokular şekil, renk ve lezyonlar açısından değerlendirilir. Ağız yumuşak dokusunda görülen kırmızımsı, ülserli alanlar hatalı protezlerin veya başlangıç halindeki kanserlerin belirtisi olabilir. Hatalı protezler çiğneme fonksiyonunu etkiler. Bazı hastalar, protezleri ile ilgili bozuklukları, kendileri düzeltmeye çalışırlar. Bu durum, ağız yumuşak ve sert dokularında çeşitli patolojilerin gelişimine neden olabilir. Ağız dokusunda görülen özellikle üst damak mukozasının ateş kırmızısı görünümü, diş hekimi konsültasyonu için önemli bir endikasyonu oluşturur. Diş çürükleri ve dişeti hastalıkları, ağızda ciddi enfeksiyonlara neden olarak hastanın sistemik durumunu etkileyebilir.

### **Diş Hekimine Müracaatı Gerektiren Durumlar:**

- Ağız kokusu
- Çiğneme bozuklukları
- Diş ve çene enfeksiyonları
- Ağızda yaralar
- Sebepsiz olan çene ağrıları
- Diş etlerinde kanama
- Diş çürükleri
- Dişlerde hareketlilik
- Kötü yapılmış protezler
- Evde tamir edilmiş protezler

*Eğitimci, katılımcılara gençlik ve yaşlılık dönemindeki diş sorunlarının neler olduğunu ve yaşlandıkça ne gibi sorunlarla karşılaştıklarını sorar. Aldığı birkaç cevaptan sonra aşağıdaki bilgilerden yararlanarak konuyu açıklar.*

## **YAŞLILIK DÖNEMİNDE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR**

### **Ağız Kuruluğu**

Tükürük, ağız sağlığının devamlılığının sağlanmasında çeşitli fonksiyonları ile önemli rol oynar.

Bu fonksiyonlar;

- Ağız yumuşak dokularının nemli tutulması,
  - Ağız içindeki mikroorganizma dengesinin devamlılığının sağlanması,
  - Ağız içi yapıların mekanik olarak temizlenmesi,
  - Antibakteriyel ve antifungal aktivite,
  - Oral pH'ın korunması,
  - Tad alma hassasiyetine katkı sağlanması,
- olarak özetlenebilir.

İlerleyen yaşla birlikte gerek büyük gerekse küçük tükürük bezlerinde çeşitli niteliksel ve niceliksel histolojik değişiklikler meydana gelir. Tükürük akış hızı, bütün bezler için aynı oranda azalmaz. Bunun nedeni, tükürük bezlerinin fonksiyonel olarak farklı depolama kapasitelerine sahip olmalarına bağlı olabilir. Bugün, sağlıklı olmak şartıyla tüm bireylerde, bütün yaşlarda parotis bezi tükürük salgısının aynı olduğu düşünülmektedir. Submandibular bezlerle ilgili sonuçlar ise çelişkilidir. Ancak, küçük tükürük bezi salgımlarının, artan yaşla birlikte azaldığı görülmüştür. Tükürüğün yapısı da yaşla birlikte değişir. Yaşlıda

tükürük bezlerinde görülen şekilsel ve fonksiyonel değişiklikler, yaşlanmanın fizyolojik etkilerinden çok patolojik olaylara, kullanılan ilaçlara ve radyasyon tedavisine bağlı olarak gelişir. Yaşlı bireylerin %80'inde tedaviyi gerektiren bir ya da daha fazla kronik hastalık mevcuttur. Altmış beş yaş üstü bireylerin 2/3 'ünden daha fazlası, reçeteli ilaç tedavisi görmektedir. Yaşlıda görülen tükürük bezi fonksiyon azalmalarının en önemli nedeni ilaç kullanımındır. Yan etkilerine bağlı olarak, tükürük akış hızını azaltan ve dolayısıyla ağız kuruluşuna neden olan farmakolojik ajanlar vardır.

Ağız kuruluşu, yumuşak dokuların mekanik travmalara karşı direncinde azalmaya neden olur. Bu yüzden yaşlıda ağız ülserlerine sık rastlanır. Dilin üzerinde yiyecek artıklarından oluşan bir tabaka birikir. Tad cisimcikleri de bu durumdan etkilendiği için tad alma hassasiyetinde azalma görülür. İlk olarak tuzlu ve tatlı gıdalara olan hassasiyet kaybolur. Dilin arka bölgesinde bulunan acı tadı algılayan cisimcikler ise daha uzun süre fonksiyon görürler. Ağız kuruluşu dil çıkıntılarında azalmaya neden olur. Dilde yanma, kaşıntı ve ağrı vardır. Tükürüğün mekanik temizleme ve nemlendirici etkisi azaldığı için özellikle mantar tipi enfeksiyonlar görülür. Ağız kuruluşunun yaşlıda yüksek oranda görülen kötü beslenmeye katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

### **Yaşlılıkta Çürük ve Diş Dolgusu**

Ağız sağlığı için yeterli miktarda tükürük gereklidir. İçerdiği kalsiyum, fosfat ve florit sayesinde tükürük, çürük yüzeylerinin tamirinde önemli rol oynar. Ayrıca, yapısındaki amilaz sayesinde sindirim işlevine de katkıda bulunur. Normal tükürük akış hızında ki azalma ağız kuruluşuna neden olur. Yaşlı bireylerin çoğu hareketlerindeki sınırlamadan dolayı dişlerini etkili bir şekilde fırçalayamamaktadırlar. Ayrıca ilaç kullanımına sebebiyet veren kronik hastalıklara sahiptirler. Bu ilaçların çoğu ağız kuruluşu yapmaktadır (antihipertansif, antihistaminik, antikolinergik, antikonvülsan, laksatif, kas gevşeticiler vb.). Tükürük akışında ki azalma tükürüğün çürük önleyici sistemini ve yıkama özelliğini de doğal olarak ortadan kaldıracaktır. Bu durum da yüksek birikimine ve dolayısı ile kök ve ara yüz çürüklerine sebebiyet verecektir.

### **Dişeti Sorunları**

İlerleyen yaşa bağlı olarak dişetin çekilmesi sonucunda kök yüzeyi açığa çıkmaktadır ve dişlerde aşınmalar olmaktadır. Dişeti çekilmesi, yaşlı bireylerde çok sık görülen bir klinik bulgudur. Bu duruma bağlı olarak, dişlerin klinik kron boyu uzar ve ağız ortamına açılmış olan kök yüzeyi tabakası çevresel faktörlerden etkilenir.

Dişeti hastalığının tedavisinin esas amacı, dişler üzerinde ve dişeti dokularında bulunan mikroorganizma ve onlara ait ürünlerin uzaklaştırılmasıdır. İleri dişeti

iltihabı olan hastalarda, dişeti cebi, hastalık yapıcı bakterilerin birikmesi ve çoğalması için uygun ortam hazırlar. Bu durum da daha ileri dişetinde doku kaybına yol açar. Dişeti cebinin büyümesinin durdurulması, cerrahi tedavi ile sağlanır. Yaşlılık dişeti cerrahisi için bir uygunsuzluk oluşturmaz. Fakat, yaşlılıkla birlikte artan sistemik problemler ve farmakolojik komplikasyonlar dişeti tedavisi planını etkiler. Yaşlıda dişeti tedavisinden sonra uygulanan başarılı plak kontrolü ile dişeti yapısının sağlığı uzun yıllar idame edilebilir.

Menapozdaki ve menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda ağızda bazı değişiklikler olabilir. Son çalışmalar östrojen yetersizliğinin dişeti hastalığı ve diş kaybı için yüksek risk oluşturduğunu belirtmektedir. Ayrıca, kadınlarda yaş ilerledikçe meydana gelen hormonal değişiklikler, ağız kuruluğu, ağrı ve ağızda yanma hissi ve özellikle tad duyusunda değişikliğe neden olmaktadır. Menapoz gingivostomatiti, kadınların bir kısmını etkilemektedir. Dişeti kuru ve parlak, koyu renkli bir görünüm alır ve kolayca kanar.

### **Yaşlılıkta Çene Cerrahisi**

Yaşlanmayla birlikte, sıklıkla kadınlarda olmak üzere bütün kemiklerde kalsifiye doku azalır, sonuç olarak porozite meydana gelir ve kemiklerin kırılabilirliği artar.

Yaşlıda hem üst çenede ve hem de alt çenede kan akımı azalmıştır. Bu durum arteriosklerotik değişikliklere veya diş kaybına bağlı olarak meydana gelebilir. Dişi çevreleyen kemiğin bütünlüğü dişlerin varlığına bağlıdır. Diş kaybı, çene kemiklerindeki erimeyi arttırmaktadır. Çekilmiş dişlerin yerini protezler alınca, dişi çevreleyen kemiğe farklı nitelikte kuvvetler iletilmeye başlar. Bazı bölgeler aşırı yük taşıırken, bazı bölgelere hiç yük gelmez. Protez kullanımı, dişi çevreleyen kemik kaybını artırır. Kemik kaybı alt çenede, üst çeneye kıyasla dört kat daha fazladır. Dişi çevreleyen kemik kret tamamen düzleşebilir. Ayrıca, dişi çevreleyen kemik rezorpsiyonu sonucu üst çene hacim olarak da küçülür ve üst çene sinüs ağız mukozasından sadece ince bir kemik tabakası ile ayrılır. Bu tür kemiksel değişimler yapılabilecek olan cerrahi operasyonlarda (implant, kemik grefti vb.) anatomik oluşumların yerinin değişmesi veya kemik alanının zayıflaması yüksek komplikasyonlar oluşmasına yol açabilir.

Yaşlanma ile birlikte vücudun diğer kemiklerinde olduğu gibi çene kemiklerinde de osteoporotik değişiklikler görülür. Dişsiz hastalarda fonksiyonsuzluğa bağlı küçülme sonucu kemik yapısının kalın trabeküllerinde kayıp, kortikalinde incelme, alt ve üst çene hacminde genel bir azalma meydana gelir. Bu yapıdaki çene kemiklerinin üzerine bir de hormonal kökenli osteoporoz eklenince, özellikle kadınlarda, alt çenede çok erken ve şiddetli poroziteler görülür. Buna rağmen, alt

çene yük taşımayan bir kemik olduğu için kist, tümör veya hiperparatiroidizm gibi patolojik olaylar dışında spontan olarak kırılmaz. Ancak, yaşlıda hipersementozlu dişlerin çekimi sırasında uygulanan aşırı kuvvetler, mandibular fraksiyona neden olabilir. Temporal kemikte, glenoid çukurun derinleşmesi veya artiküler çıkıntının düzleşmesi gibi olaylar, dejeneratif değil adaptif değişikliklere bağlı olarak meydana gelir. İlerleyen yaşla birlikte eklem diski inceler, eklem yüzeylerinde düzleşme ve nodüler tarzda kireçlenmeye sık rastlanır. Yaşlıda eklem diski ile eklem başı hareketlerin uyumsuzluğu sonucu, ağzın açılması sırasında hafiften şiddetliye değişen sesler duyulur. Yaşlı bireylerde travma sonucu alt çene çıkması veya konum değişikliği kolay gelişir, ayrıca incelmış bulunan eklem başında kırıklara sık rastlanır. Dejeneratif bir eklem hastalığı olan osteoartrit, TME’de hassasiyet, ağrı ve nadir olarak da hareket kısıtlılığına neden olur.

Çiğneme kaslarında ve çene eklemi bölgesinde ağrı ve hassasiyet eklemlerde ses, ağız açıklığında kısıtlılık gibi bulgularla ortaya çıkan çene eklemi hastalıklarına birçok faktör etkili olabilir. Çok yaşlı kişiler alt çenenin ve dilin koordinasyonsuz hareketlerinden şikâyetçilerdir. Bu durum özellikle protez kullanımını güçleştirir. Dişlerin kaybı bu oranı artırır, etyolojisi ise bu bireylerde oldukça kompleksdir. Şikâyetler ve semptomların derecesi yaşla birlikte artar.

### **Yaşlılıkta Protetik Tedavi**

İskelet kaslarında kırk beş yaşından itibaren boyut ve güç kaybı başlar. Buna bağlı olarak fonksiyonel çiğneme kapasitesinde azalma meydana gelir. Yaşlı hastalarda yeni yapılan protezlere alışma dönemi de sorunludur. Santral sinir sisteminden nöron kaybı, dil ve dudak koordinasyonunda azalma nedeniyle ağız ortamına yerleştirilen protezlerin adaptasyonunu güçleştirir.

Diş kaybı olmayan yaşlı hastalarda bile gıdaların çiğnenmesi, gençlere kıyasla daha güçtür. Diş kaybı olan yaşlılarda bu olayın daha da zor olacağı açıktır. Yaşlıda diş sayısı azaldıkça, çene eklemi sorunları artmaktadır. Çiğneme kaslarında ağrı olduğu için alt çene hareketlerinde kısıtlılık vardır.

Yapılan çalışmalar ağız yumuşak dokusundaki değişikliklerin, yaşın ilerlemesiyle değil uzun süre protez kullanımıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Ağız mukozasındaki reaksiyonlar protez kullanımına bağlı mekanik travmalar, protez üzerine biriken mikrobiyal artıklar ya da çok nadir olarak protez materyaline olan toksik veya allerjik reaksiyonlardır. Üst damakta protez kullanımına bağlı patolojik reaksiyonlar çok sık görülür. Mantarların varlığında “Kandida Albicans” yaşlı hastalarda sık rastlanılan bir bulgudur. Bazı inatçı vakalarda tıbbi tedavi desteği gereklidir.

### **Protez Stomatitisi**

Yaşlıda ağız yumuşak dokusunda, protez kullanımına bağlı olarak meydana gelen iltihabi değişikliklere sık rastlanır. Tam veya bölümlü protezlerle temas eden yumuşak dokularda görülen ve kırmızılıkla karakterize olan bu değişikliklere protez stomatitisi denir. Bu patolojiye daha çok üst çenede rastlanır.

Yumuşak doku yüzeyinin etkilenmesi sonucu ateş kırmızısı renkte izlenen bu lezyonlara kronik atrofik kandidiasis de denilir, Bu durum genellikle protezlerin yumuşak dokuya bakan yüzeylerinin kontamine olmasına bağlı olarak gelişir. Protez stomatitisi olan hastalar ağız hijyeni açısından dikkat etmesi gerekir. Bu takım hastalar protezlerini günde üç defa diş fırçası ile temizlemelidir. Ayrıca, protezler günde 6-8 saat kullanılmamalı ve bu süre içinde suda muhafaza edilmelidir. Sigara alışkanlığının bırakılması da etkili bir tedavi için esastır.

### **Angular Cheilitis**

Özellikle yaşlılarda ve protez kullananlarda görülen ve dudak köşelerinde fissürlerin oluşumu ile karakterize olan bu klinik tabloya altmış beş yaşın üzerindeki bireylerin %10-25'inde rastlanır. Etyolojisinde candida albicans önemli rol oynar. Dudak köşeleri hastaların protezlerinde bulunan candida ile enfekte olur.

### **Protez Kullanımına Bağlı Doku Büyümesi**

Protezleri destekleyen kemiklerde meydana gelen sürekli erime, protezlerin altındaki doku ile uyumunu bozar. Eğer, yumuşak doku uzun süre düşük derecede bir basınca maruz kalırsa, büyüme reaksiyonu ile cevap verir. Protezlerin sonlandığı bölgelerde, dişeti-yumuşak doku sınırında büyümüş doku kitleleri görülür. Bu duruma en çok total protez kullananlarda ve özellikle alt çenede rastlanır.

*Eğitimci, katılımcılara dişsizliğe bağlı yemek yeme zorluğu yaşayıp yaşamadıklarını sorar, birkaç cevap aldıktan sonra konuyu açıklar.*

### **Ağız Sağlığı ve Beslenme**

Ağız gastrointestinal sistemin giriş kapısıdır ve beslenme ile direkt ilgilidir. Ağızda ağrı, çiğneme veya yutma zorluğu olan kötü ve eksik dentisyona, uyumsuz protezlere sahip olan bireylerde yeme ve çiğneme işlemi olumsuz etkilenecek ve beslenme yetersizliği sorunu görülecektir. Sağlıklı beslenme olamadığı zaman doku iyileşmesi gecikecek ve diğer hastalıklarda sorunlar artacaktır. Ağızda bulunan diş sayısı ne kadar fazla ise yaşlı bireyin yaşam kalitesi o kadar artacaktır.



Eğitimci, katılımcılara “Sürekli ilaç kullanmak zorunda kaldığınız bir hastalığınız var mı?” diye sorar, aldığı birkaç cevaptan sonra ağız içi belirtileri ile sistemik hastalıklar arasındaki ilişkiyi açıklar.

### **Sistemik Hastalıkların Ağız İçi Belirtileri**

Sistemik rahatsızlıkların ağız içi bulguları bazen hastalığın erken döneminde teşhis edilmesinde ya da ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır.

**Diyabet:** Yine ırk ve çevre faktörlerine bağlı olarak insüline bağlı diyabet prevalansı da değişkenlik göstermektedir. Median rhomboid glossitis (MRG) dışında ağızda diyabetin özel patolojik bir bulgusu yoktur. Ancak, diyabet hastalarında var olan bazı ağız şikâyetlerinin arttığı izlenmektedir. MRG’de dilin dorsumunda orta üçlüde sınırları belirgin, ülser olmayan hafif pembe ya da kırmızı alan, belirgin olarak teşhis edilebilir. Bu durum diyabet hastalarında büyük sıklıkla rapor edilmektedir. Yaşlı hastalarda izlenen diyabet olgularında gerek ağız hijyeninin yeterli sağlanamaması gerekse diğer sistemik rahatsızlıklar ve fizyolojik değişiklikler (tükürük akışımının azalması gibi) nedeniyle izlenen ağız içi bulgular daha da belirgindir.

Diyabet hastalarında artan diğer ağız şikâyetleri şunlardır;

- Dişeti iltihabı ve dişeti rahatsızlıkları
- Oral Kandidiasis
- Diş çekimi sonrası lokalize kemik iltihaplanması
- Ağızda yanma şikâyeti

Birçok sistemik hastalık dişeti rahatsızlıklara neden olmaktadır. İşte bunlardan biri de diyabettir. Son çalışmalarındaki ortak düşünce, tip I diyabetin erken döneminde meydana gelen dişetindeki iltihabi değişikliklerin, diyabeti olmayan hastalardaki dişeti iltihabının özelliklerini taşıdığını göstermektedir. Ancak, tip I diyabet hastalarında dişeti cebinde izlenen bakteriyel floranın dağılımındaki ciddi değişiklik iki olgu arasındaki en önemli farklılıktır.

Birçok çalışma; diabetes mellitus ile oral candidiasis, mukozada hassasiyet ve yanma (BMS) arasında bir ilişki olduğunu tanımlamaktadır. Artan genetik hassasiyet, değişen immun cevap ve oluşan ağız şartları Candida kolonizasyonu için uygun bir ortam oluşturmaktadır. Protez kullanan yaşlılarda da BMS’a sıklıkla rastlanmaktadır. Ağız mukozasındaki yanma hissi protezin çıkarılmasıyla azalır. Özellikle elli yaşın üzerindeki kadınlarda gözlenir. Diyabet dışında BMS’u etkileyen değişik etyolojik faktörler; demir, protein, B2, B12, B6 vitamin eksikliği gibi sistemik rahatsızlıklar, düzgün olmayan parlatılmamış yüzeyli protezlerin kullanımı, aşırı antibiyotik kullanımı, reflü, ağız gargaraları ve ağız kuruluğudur.

BMS ağrılıdır ve ağrı genellikle sabah yoğundur. Ağız kuruluğu ve tat alma duyusunda azalma vardır. Özellikle tatlı gıdaların daha az, ekşi ve acı gıdaların daha fazla algılandığı belirtilmiştir.

### **Osteoporoz**

Yaşın ilerlemesiyle birlikte kemiğin yapım ve yıkım aktiviteleri azalır. Dişlerin çekilmesi ile oluşan dişsizlik durumu protezi tutan kemiklerin erimesini hızlandırır. Erime sonucu üst çenede daralma, alt çenede genişleme meydana gelir. Osteoporoz çene kemiklerinde erimeye hatta kırılmaya neden olabilir. Ancak, kemik mineral miktarı ile dişeti kemik kaybı arasında belirgin bir korelasyon henüz kanıtlanamamıştır.

Protezi tutan kemiklerin erimesinde rol oynayan lokal faktörler; uzun süren dişsizlik durumu, çene kemiklerinde yapılan cerrahi müdahaleler, aşırı yüklenme, diş sıkma, protezlerin sürekli (gece ve gündüz) kullanılması sayılabilirken, genel faktörler; osteoporoz (yaşa, malnutrisyona bağlı), kalsiyum ve vitamin D eksikliği sayılabilir. Kemik mineral yoğunluğunu ölçmek için yapılan radyolojik incelemelerde, özellikle kadınlarda kaybın daha hızlı veya fazla olduğu saptanmıştır.

Kortikal kemikteki porosite vücudun diğer kemiklerinde olduğu gibi artmaktadır. Yapılan bir diğer çalışmada osteoporozu olan kişilerde kemik mineral yoğunluğunun normal kişilere göre 2 kat daha az olduğu belirtilmiştir. Osteoporozu önlemek için uygulanan tedavilerin başında; östrojen tedavisi ve beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi gerekmektedir. Günlük kalsiyum takviyesi kret rezorbsiyonunu yavaşlatır.

### **Pernisiyöz Anemi**

Pernisiyöz anemi çok sık rastlanmayan daha çok yaşlı hastalarda izlenen bir durumdur. Cobalamin (vitamin B<sub>12</sub> ve *extrinsic factor*) absorpsiyonun az olması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Pernisiyöz aneminin klinik bulgularında hasta aşırı yorgunluktan ve halsizlik, baş ağrısı, nefes darlığından şikâyet eder. Bütün bu şikâyetler tüm anemilerde olduğu gibi kanın oksijen taşıma kapasitesindeki azalmadan kaynaklanmaktadır. Ağız bulgularına bakıldığında pernisiyöz anemide dikkati çeken dil, dudak ve ağız içi yumuşak dokularda belirgin olan yanma hissidir. Olgularının %50-60'ında dilin etkilendiği görülür. Yine yumuşak dokuda kırmızı lekeler gözlenebilir. Olgunun şiddeti ve süresine göre bu belirtilerin yaygınlığı ve şiddetinde artış izlenmektedir.

### **Hipotiroidizm**

Troid hormonun azalmasıyla karakterize bir hastalık olan hipotroidizm primer ve sekonder olarak 2 tiptir. Yaşlı bireyler için genellikle sekonder tipteki hipotroidizm

önem kazanır. Sekonder hipotroidizm de pitiuter bezler yeterli miktarda TSH (*thyroid stimulating hormone*) salgılayamazlar. Örneğin, beyin tümörlerinde uygulanan radyasyon tedavisi sonrası alınan ışının salgı bezleri üzerindeki olumsuz etkileri sonucu TSH salınımı azalacak ve hipotiroidizm tablosu izlenecektir. Oral bulgular değerlendirildiğinde glukozaminoglukan birikimine bağlı olarak dudaklarda kalınlaşma görünümü izlenir. Yine aynı nedenden dolayı dilde de yaygın bir kalınlaşma izlenir. Sonuçta, yaşlı kişilerde ağız ortamında izlenen patolojilerin bir bölümü zayıf ağız hijyeni nedeniyle oluşur. Bazıları ise sistemik hastalıklar nedeniyle ortaya çıkar ve hastalılığın bir belirtisi olarak izlenirken hastalığın iyileşmesiyle birlikte ağız sağlığı da geri döner.

*Eğitimci, aşağıdaki resimleri göstererek diş ve diş protezinin bakımının önemini vurgular ve diş fırçalama basamaklarını açıklar. Katılımcılardan bir kişiye uygulatarak gruba bu uygulamayı gösterir.*

### **Diş Protezlerinin Bakımı**

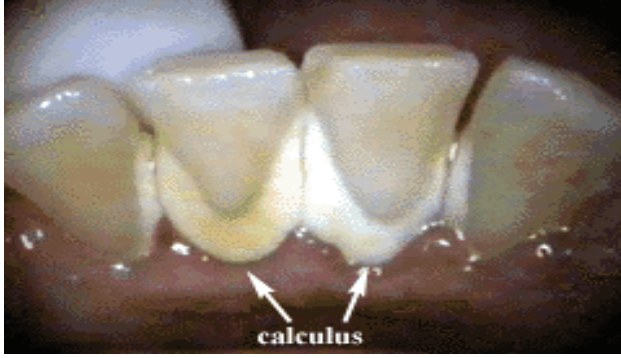
Ağız içinde varsa protezler ve kron, köprülerin temizliği de önemlidir. Bu amaçla özel olarak üretilmiş diş ipleri ve ara yüz fırçaları kullanılmalıdır. Öğün aralarında şekerli gıda tüketiminden kaçınılmalıdır. Eğer, şekerli gıda alındıysa ve diş fırçalama olanağınız yoksa en azından ağız suyuyla çalkalanması gerekmektedir. Portakal ve limon gibi yüksek oranda asit içeren meyvelerin tüketiminden sonra dişlerin hemen fırçalanması yerine, ağız suyu ile çok iyi çalkalanması gerekmektedir. Diş fırçalama işlemi bir süre sonra yapılmalıdır. Aksi takdirde, dişlerde aşınma ortaya çıkacaktır. Ağız kuruluğu varsa şekersiz sakızlar ve nemlendirici ajanlar kullanılabilir. Ağız kuruluğu, ayrıca, protezlerin tutuculuğunu da olumsuz yönde etkiler, gün içinde bir kaç kez suyla gargara yaparak bu sorunu çözmek mümkündür.

Yaşlıda ağızda mevcut diş sayısı çok azaldığı için, hareketli protez kullanımı söz konusudur. Hareketli protezler, geniş mukozal yüzeyleri kaplayarak tad cisimciklerinin uyarılmasını engellerler. Tad hassasiyetinin azalmasına bağlı olarak tuz ve şeker tüketimi artar ve bu durum sistemik problemlerin gelişmesine neden olur.

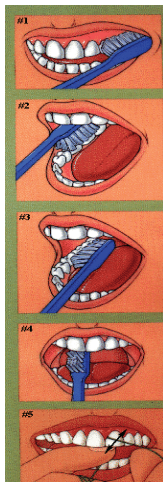
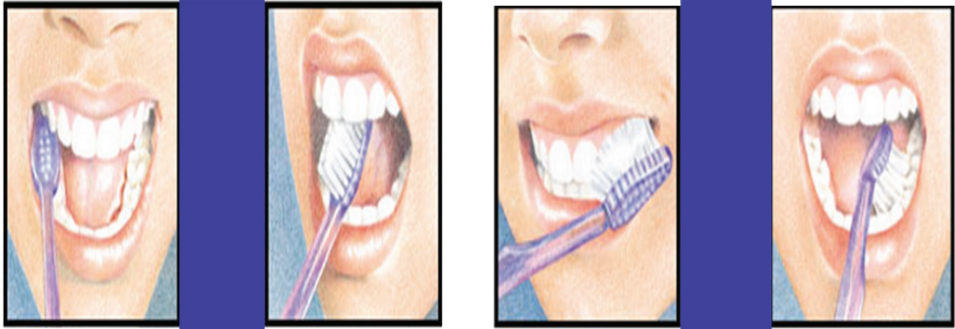
Hareketli protezlerin temizliği de protezi destekleyen dişeti dokularının ve dayanak dişlerin sağlığı açısından çok önemlidir. Protezler yemeklerden sonra protez fırçası ile temizlenmeli ve kullanılmadığı zamanlarda (günde 6-8 saat) su içinde konulmalıdır. Ayrıca, protez temizleme tabletleri de mekanik temizleme işlemlerine ek olarak kullanılabilir.

## Diş fırçalama

Resim- 1 Diş taşları (okların gösterdiği)



Resim- 2 Diş Fırçalama



Resim-3 Diş Fırçalama

Resim-4 Dil Fırçalama

Yaşlılarda motor fonksiyonların kaybına bağlı olarak uygulama yeteneği azaldığı için, diş fırçalama işlemi gençlerdeki kadar iyi yapılamaz. Ayrıca, dişeti çekilmesi sonucu açığa çıkan kök yüzeyleri gıda birikimi için alanlar oluşturur. Yaşla birlikte tükürük akış hızının azalması da plak birikimini arttıran bir diğer faktördür.

Diş eti çekilmesi sonucu oluşan dişler arası boşluklar, besin birikimine neden olacağı için, bu alanların temizliği arayüz fırçası ve diş ipliği ile yapılmalıdır. Çürükten korunmak için floridli diş macunları ve ağız gargaraları kullanılmalı

ve öğünler arasında şekerli gıdalar tüketilmemelidir. Ağız bakımını gerçekleştiremeyen yatağa bağımlı hastalarda bu işlem, hasta yakınları ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılır. Bu durumda antibakteriyel ajanların kullanımına ağırlık verilmeli ve kimyasal plak kontrolü için Klorheksidinli ağız gargaraları bu amaçla kullanılabilir.

Bakteriyel plak (diş plağı, mikrobiyal plak) dişleri ve ağız içindeki apareyleri kaplayan organik bir tabaka içinde organize olmuş, yoğun mikroorganizma kolonilerinden oluşan bir eklentidir (Resim-1). Ağız sağlığı için esas olan plak kontrolü, günlük ağız temizliği ve diş hekimince yapılan periyodik koruyucu işlemleriyle sağlanır. Yaşlıda görülen ağız hastalıklarının %95'ini, bakteriyel plağın neden olduğu dişeti hastalıkları ve diş çürükleri oluşturur.

Yaşlılıkta sık görülen romatizmal hastalıklar, felç veya perkinson hastalığı gibi durumlarda hastaların diş fırçası kullanmaları çok güçtür. Bu tip hastalarda ya özel geliştirilmiş fırçalar kullanılmalıdır veya mevcut fırçalar kullanabilecekleri bir şekilde düzenlenmelidir.

Dişleri ve dişetlerini temizlemek için doğru fırçalama önemlidir. Diş fırçası yumuşak, naylon kıllı ve yuvarlak uçlu olmalıdır. Böylece fırçalama işlemi sırasında dişler ve diş etleri zarar görmez. Diş fırçalama işlemi küçük hareketlerle, dişetini de içine alacak şekilde, yapılmalı, özellikle en arka dişlerin, dolgu ve kronların temizliğine önem verilmelidir.

Dişler aşağıdaki sırayla fırçalanmalıdır.

- Üst dişlerin dış yüzeyleri, alt dişlerin dış yüzeyleri
- Üst dişlerin iç yüzeyleri, alt dişlerin iç yüzeyleri
- Üst ve alt dişlerin çiğneyici yüzeyleri
- Dil fırçalanmalıdır.

Fırça dişetinini başladığı bölgeye 45 derece açı ile yerleştirilir. Fırçanın kolları hem dış yüzeyine hem de dişetine temas etmelidir. Dişlerin dış yüzeylerini fırçalarken, diş fırçası 2-3 dişi içine alacak şekilde ve arkaya ve öne yuvarlak hareketler yaparak dişetinden diş doğru fırçalanmalı ve daha sonra yandaki 2-3 diş için aynı işlem tekrarlanmalıdır. Dişlerin dış yüzeylerinin fırçalanması tamamlandıktan sonra iç yüzeylerine geçilmelidir. İç yüzeylerde de fırçalama işlemi aynıdır. Ön dişlerin arka kısmında diş fırçası dik tutulur. Fırçanın ön yarısı kullanılarak yukarı ve aşağı hareketlerle alt ve üst ön dişlerin iç yüzeyleri fırçalanır (Resim 2 ve 3).

Diş fırçası dişlerin çiğneyici yüzeyi üzerine yerleştirilir ve ileri-geri hareketle alt ve üst arka dişlerin çiğneyici yüzeyleri fırçalanır. Dişlerin fırçalanması işlemi tamamlandıktan sonra dil de fırçalanmalıdır. Böylece dil yüzeyinde kötü koku oluşturan bakteriler uzaklaştırılmış olur. Dilin fırçalanması ile kötü ağız kokusunu büyük oranda önlemek mümkündür (Resim-4).

Birçok diş hekimi, yumuşak kıllı fırçaların dişlerin üzerindeki eklentileri ve plağı kaldırmada etkili olduğu görüşündedir. Ayrıca, diş fırçalarının baş kısmı küçük ve yuvarlak olmalıdır, böylece her yere ulaşması kolay olur. Yaşlılar için pilli diş fırçaları iyi bir alternatiftir. Bu fırçalar özellikle ulaşılması zor alanlar için yaşlı ve elini rahat kullanamayan bireylerde tavsiye edilmektedir.

Kullandığımız diş macunu önemlidir, günümüzde değişik şartlar için üretilmiş macunlar vardır. Diş çürükleri, diş eti hastalıkları, tartar (diştaşı) ve hassas dişler için. Diş fırçasının kolları aşınma belirtileri gösterince değiştirmelidir. Bu da genellikle 2-3 ayda değiştirmeyi gerektirir. Dişlerinizi günde en az iki kez, tercihen kahvaltıdan sonra ve yatmadan önce fırçalanmalıdır. Dişlerin yanlış fırçalanması, dişetlerine zarar verebilir ve diş minelerinin aşınmasına neden olabilir.

Yeterli diş fırçalama en az iki dakika yani 120 saniyede yapılabilir. Günde bir kez diş araları diş ipi ile temizlenmelidir. 6 ayda bir dişlerdeki plak ve diş taşlarını uzaklaştırmak için, diş hekimine gidilmeli ve diş taşı temizliği yaptırılmalıdır. Dişeti çevresindeki bu bakteriler kan dolaşımına karışabilir ve diğer organlarda enfeksiyon ortaya çıkabilir. Örneğin, yapılan son çalışmalarda kalp hastalığının dişeti hastalığı olan bireylerde, dişeti hastalığı olmayanlara göre iki kat fazla görüldüğü ve kalp krizi geçirme riskinin iki kat arttığı gösterilmiştir. Ayrıca dişeti hastalıkları diyabetli, solunum sistemi hastalıkları ve osteoporozu olan bireylerde genel sağlığı olumsuz etkilemektedir.

## ÖZET

*Eğitimci, katılımcılara ağız ve diş sağlığı konusunda neler öğrendiklerini sorar. Bu sorunun arkasından bir katılımcıdan diş fırçalama ve protezin bakımının nasıl yapıldığını model üzerinde ya da kendi ağızında göstermesini ister. Daha sonra konunun kalan bölümlerini açıklayarak özet yapar.*

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak değerlendirme yapar.*

1. Yaşlılık döneminde ağız ve diş sağlığında karşılaşılan sorunlar nelerdir?
2. Diş fırçalaması ve diş protezlerinin bakımı nasıl olmalıdır?

## KAYNAKLAR

1. Nazlıel ÇH. Yaşlıda ağız ve diş sağlığı. Geriatri 1999; 2(1): 14-21.
2. Canay Ş, Çiftçi Y. Yaşlı bireylerde sistemik hastalıklarla birlikte izlenen ağız bulguları. Geriatri 2003; 6 (3): 104-108.
3. Köprülü H, Bulucu B. Geriatrik Diş Hekimliği. Sağlık ve Toplum 2003; 13(1):23-30.
4. Uzun H. Yaşlıda Oral Periodontal ve Dental Yapının Klinik Histopatolojik ve İmmünohistolojik İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Periodontoloji Programı Doktora Tezi 1996.
5. Ünsal B. Yaşlı Bireylerdeki Ağız ve Diş Sağlığı. GÜ. Diş Hek. Fak. Derg 2002; 19 (1): 45-49.
6. Nazlıel H, Hersek N, Özbek M. Ağız dokuları ve sık görülen ağız ve diş sorunları. In: Gökçe-Kutsal Y(Ed), Aslan D (Yrd Ed) Temel Geriatri, 2007, pp 328-348.





# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

5

# YAŞLILIK DÖNEMİNDE FİZİKSEL AKTİVİTE VE EGZERSİZ

*Asuman DOĞAN  
Pınar BORMAN  
Yeşim GÖKÇE KUTSAL  
Kutay ORDU GÖKKAYA*



## **KONU : YAŞLILIK DÖNEMİNDE FİZİKSEL AKTİVİTE VE EGZERSİZ**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılık döneminde fiziksel aktivite ve egzersizin önemi konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Fiziksel aktivite ve egzersizin kişilerin iyilik hali ve sağlık durumundaki önemini açıklayabilmeli,
- Fiziksel aktivite ve egzersizin faydalı etkilerini söyleyebilmeli,
- Kişiye özel egzersiz reçetesi kavramının özelliklerini açıklayabilmeli,
- Egzersiz uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken durumları söyleyebilmeli,
- Çeşitli kronik hastalıklarda egzersiz uygulamaları farklılıklarını açıklayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Tartışma
- Demonstrasyon
- Beyin fırtınası
- Soru-Cevap

### **ARAÇ- GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası, kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Tepegöz-saydam
- Afiş, broşür

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, gruba fiziksel aktivite ve egzersiz yapan kişi sayısını sorar ve aldığı cevaplardan yola çıkarak fiziksel aktivite ve egzersiz farkındalığını artırmanın her yaş için mümkün olduğunu ifade eder. Toplumumuzda bunun için kullanılan özdeyişleri katılımcılara sorar (Örneğin: İşleyen demir ısıldar, akan su kir/pas tutmaz gibi). Ardından kişinin hangi yaşta ya da hastalığa sahip olsa dahi egzersize başlayabileceğini çeşitli görsellerle ifade eder. Daha sonra, aşağıdaki/yandaki resimleri göstererek katılımcıların duygu ve düşüncelerini paylaşır.*







## Giriş

*Eğitimci, katılımcılara fiziksel aktivite ve egzersizin sözcük anlamlarını sorar, bu sözcükler arasındaki farklılıkları kendi sözcükleri ile ifade etmelerini ister. Ardından aşağıdaki bilgileri kullanarak fiziksel aktivite ile egzersizi ve kişiler için önemini vurgulayarak konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

## İşleniş

*Eğitimci, yaşlılık döneminde fiziksel aktivite ve egzersizin yararları, egzersiz programlarına dahil edilecek kişilerin değerlendirilmesi sırasında yapılması gerekenler ve dikkat edilmesi gereken durumlar, kişiye özel reçetelendirilmiş egzersiz programlarının önemi, egzersiz sırasında dikkatli olunması gereken durumlar ve çeşitli kronik hastalıklarda egzersiz uygulamalarının farklılıklarını aşağıdaki bilgilerden yararlanarak konuya giriş yapar.*

## **Yaşlılık Döneminde Fiziksel Aktivite ve Egzersiz**

Yaşlanma, tüm canlıların yaşamında olduğu gibi insan yaşamının da kaçınılmaz bir parçasıdır. Fizyolojik olarak tüm sistemlerde devam eden bu süreç, aslında yaşlanan kişinin genetik faktörleri, kronik patolojileri ve davranış tarzını da içeren birçok detaydan etkilenmektedir. Tüm bu değişkenlerin yanında gözlenen fizyolojik rezervde azalma, yaşlanan kişinin kardiyopulmoner dayanıklılığında, kas kütlesi ve gücünde, postüründe, yürüme stabilitesinde, eklem esnekliğinde ve enerji metabolizmasında azalma ile karakterizedir. Yaşlanma sürecinde tanımlanan sistemlerdeki bozulma, yaşlılarda günlük aktivitelerini gerçekleştirebilmek için maksimum fizyolojik rezervlerinin daha da fazlasını kullanmalarını ve daha hızlı tüketimi beraberinde getirir. Özellikle kas kütlesinde ve gücünde azalma, kas liflerinde tip değişiklikleri, artan adipoz doku ile tanımlanan sarkopeni yaşlanma sürecinin en önemli problemlerindendir. Bununla daha aşikar hale gelen kas kütle kaybı maksimal oksijen tüketimi (Vo<sub>2</sub> max) ile sıkı ilişkilidir. Maksimal oksijen tüketimi ise kardiyopulmoner sistem ve fiziksel dayanıklılık ile ilişkidir. Ayrıca eşlik eden komorbid rahatsızlıkların varlığında fiziksel kapasite düşer ve fonksiyonel rezerv kaybı belirginleşir. Fizyolojik ve fonksiyonel rezervdeki bu düşüş eğer esneklik, germe, güçlendirme (aktif asistif ve aktif) ve aerobik egzersizler ile desteklenirse mortalite ve morbiditede belirgin azalmaya yardımcı olmasının yanında birçok açıdan sistemlerde yeniden düzenlenme ve yapılanmaya yardım eder.

### **Egzersizin Yararları**

Gençlerde olduğu gibi yaşlı bireylerde de düzenli egzersizin çok sayıda yararı bulunmaktadır (Tablo1). Ana başlıklar olarak kardiyovasküler, nörofizyolojik, kas iskelet sistemi sağlığı üzerine etkileri yanında vücut kompozisyonu ve metabolizma üzerine de kanıtlanmış birçok faydası bulunmaktadır. Kişide hem fizyolojik sistemlerdeki kapasiteyi arttırma, bozulma eğilimi gösteren fonksiyonlarda düzelme, kognitif, moral ve bilişsel aktivitelerin tümünde iyilik sağlar. Bunun yanında özellikle kas iskelet sisteminde, kas kütlesinde ve kuvvetinde artma, eklem hareket açıklığında düzelme, propriyosepsiyonda artma, reaksiyon zamanını düzeltme, dengeyi düzelterek düşmede azalma, gibi faydalar sağlar. Kişinin bağımsızlığında artmaya ve fonksiyonel engelliğinin azalmasına yardımcı olur.

### **Egzersize Potansiyel Kontrendike Olabilecek Durumlar ve Riskler**

Egzersizin faydaları yanında bazı riskleri de bulunmaktadır. Yaşdan bağımsız olarak tüm yaş gruplarında kişinin aşırı ve ani yüklenmelerle başlayan hızlı, kontrolsüz egzersiz programları sonrasında oluşabilecek yumuşak doku ve eklem yaralanmaları yanında düşük enerjili veya yüksek enerjili kırıklar olabilir. Ancak bunlar önlenabilir.

Bu risklerin yanında potansiyel kontrendike olduğu durumlar vardır (Tablo 2). Bu kontrendikasyonlar özellikle güçlendirme egzersizleri ve dayanıklılık (endurans, aerobik) egzersizler için geçerlidir.

Yaşlı bireylerde tüm potansiyel kontrendike durumlar ve risklerin denetimi için en önemli parametre, uygulanan egzersiz süresi ve düzeyinin, egzersiz öncesi dönemden ılımlı fark göstermesidir. Bu fark ne egzersizin yararını ortadan kaldıracak kadar az olmalı ne de egzersizin risklerini ortaya çıkaracak kadar fazla olmamalıdır.

### **Kişiyi Özel Egzersiz Reçetesi Kavramı ve Önemi**

Egzersize ait yararların belirginleştirilebilmesi, risklerin azaltılıp ortadan kaldırılabilmesi için esas amaç yaşlı bireye ait özel programın belirlenebilmesidir. En ideali egzersiz öncesi genel bir değerlendirme ve kontrendike durumların tespiti ile birlikte oluşturulan kişiye özel program, bilgilendirme, öneriler, değerlendirme ve organizasyondur.

### **Egzersiz Öncesi Değerlendirme**

Egzersiz planlanması, daha önce bahsedildiği gibi kişinin genel değerlendirilmesi ile başlar. Genellikle elli yaş üstü daha önce aktif egzersiz programına katılımı olmayan sedanter kişilerin tümünün egzersiz programlarına başlamadan önce iyi bir öykü ve fizik muayeneden geçmesi, kardiyak risk faktörleri (hiperkolesterolemi, kan basıncı yüksekliği, sigara kullanımı, obezite, sedanter yaşam) açısından taranması, belirti ve bulgularının denetimi yanında fiziksel limitasyonlarının belirlenmesi gerekir. Bu limitasyonların belirlenmesi tedavi planı ve takibi için önemlidir. Aslında tablo 2’de tanımlanan hastalıklara sahip hastalar dahi egzersiz yapabilir. Önemli olan bu kişilerin egzersiz konusunda uzmanlaşmış fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin gözetiminde egzersiz programına dahil olmasıdır. Buna verilebilecek en iyi örnekler kardiyak by-pass ameliyatı ya da kalp krizi sonrası, kardiyak rehabilitasyona dahil olarak egzersiz yapan hastalardır. Amerikan Spor Hekimleri Birliği tüm sedanter ve minimal düzeyde aktif olan ve



egzersize başlamayı düşünen kırk beş yaş üstü erkek ve elli beş yaş üstü kadın bireylere egzersiz testi uygulanmasını önermektedir.

Ayrıca egzersiz için limitasyon oluşturabilecek kontrol altında olan veya olmayan tüm hastalıklar (hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kalp kapak hastalıkları, kalp yetmezliği, ritim bozukluğu, kronik akciğer hastalıkları gibi kardiyopulmoner hastalıklar yanında osteoartrit (kireçlenme), osteoporoz (kemik erimesi), artrit (iltihaplı romatizma) gibi eklem hareket açıklığında, eklem mobilizasyonunda ve propriyosepsiyonda (derin duyuda) bozulma yaratabilecek kas iskelet sistemi hastalıkları ve diabetes mellitus (şeker hastalığı), periferik nöropati, parkinsonizm, geçirilmiş inme, alzheimer hastalığı gibi denge ve koordinasyon bozuklukları ile reaksiyon zamanında güçlükler yaratabilecek nörolojik durumlar değerlendirilmelidir.

Tüm bu değerlendirmeler elbette yaşlının egzersize uyumunu ve yatkınlığını arttırmanın yanında egzersiz reçetesinin doğru çizilebilmesi ve egzersiz programının devamı için çok önemlidir. Hastanın değerlendirimi özellikle kişinin egzersize engel olarak görebileceği tüm faktörlerin tanımlanması önemlidir çünkü bu engellerin tanımlanması hasta ile egzersiz uyumunu ve hastanın egzersize katılımını artırır. Örneğin şiddetli düzeyde kalça osteoartriti (kireçlenmesi) bulunan bir hastaya dayanıklılık (endurans, aerobik) egzersiz olarak yürümenin verilmesi programın başarısını kötü yönde direkt etkileyeceği gibi romatoid artrit hastası olan bir hastanın aktif döneminde progresif rezistif dirençli egzersiz yapması da başarıyı azaltır. Bunun yanında ilk örnekteki hastaya verilen yüzme ve su içi egzersizler kişinin hem hastalığında iyileşmeye hem de egzersizin faydalarını multisistemik olarak daha fazla görmesine neden olur.

İyi bir egzersiz reçetesi kişinin; **sağlık anamnezi, risk faktörleri, kişisel hedefler, egzersiz özellikleri** ve spesifik egzersiz gereksinimlerinin yanında yapılması gereken **yaşam tarzı modifikasyonları** ile beraber **reçetelendirilen egzersiz türüne yönelik, ısınma, egzersiz yoğunluğu, egzersiz tipi, süresi ve sıklığı bilgisini** de içermelidir.

### **Yaşam Tarzı Değişiklikleri**

Yaşamda daha fazla aktivite yapmaya yönelik tüm davranış şekillerini kapsar. Park ederken arabayı evden, işten veya marketten uzağa park etmek, asansör yerine merdivenleri kullanmak, uzaktan kumandasız televizyon seyretmek, bahçe işleriyle uğraşmak, arabayı kendi yıkamak, müzik dinlerken dans etmek örnek olarak verilebilir.

### **Amaca Yönelik Egzersiz Özelliklerinin ve Tiplerinin Belirlenmesi**

Egzersiz bileşenleri, bütün yaş gruplarında olduğu gibi

- Dayanıklılık egzersizleri
- Aerobik egzersizler (yürüme, bisiklete binme, yüzme),
- Güçlendirme egzersizleri (izometrik, izotonik, progresif rezistif),
- Eklem hareket açıklığı egzersizleri (aktif asistif, aktif),
- Esneklik egzersizleri,
- Germe egzersizleri,
- Denge koordinasyon egzersizleri,
- Propriyosepsiyon egzersizleri,

Bütün bunların kombinasyonlarını içeren farklı egzersiz türleri (Thai Chi, Yoga) olabilir.

Egzersiz komponentleri seçilirken özellikle dikkat edilmesi gereken hususlar kalp ve solunum sistemleri ile kas iskelet sisteminin bu programlara ne kadar hazır olduğudur. Bu sistemlerden herhangi birinin hazır olmadığı düşünülüyorsa o sistemi güçlendirecek egzersizler daha düşük şiddette ve yoğunlukta başlanmalı ve ılımlı düzeyde arttırılmalıdır. Tüm egzersizler iki ana komponente bağlı olarak çeşitlendirilir. Birincisi kardiyopulmoner kondüsyona dayalı endurans egzersizleri diğeri ise kas kuvvet ve fonksiyonelliğini arttırmaya yönelik **güçlendirme egzersizleridir. Diğer egzersiz türleri eşlik eden komorbid durumlara göre programa dahil edilebilir.** Reçetelendirmede egzersizin tipi, süresi, yoğunluğu ve sıklığı mutlaka belirtilmeli, her egzersiz reçetesi **dayanıklılık** (endurans, aerobik), **güçlendirme** ve **germe egzersizlerini** içermelidir. Bunun yanında her bir egzersiz tipi için uygulanması gereken **süre, sıklık ve yoğunluk miktarı** da tanımlanmalı ve kişiye ayrıntılı olarak tanımlanmalıdır.

#### **Dayanıklılık (Endurans) Egzersizleri**

Dayanıklılık (endurans) egzersizleri (aerobik egzersizler) için oluşturulan reçeteleri tanımlarken kişiye özel aerobik kapasitenin değerlendirimi önemlidir. Bunun için kullanılabilen en hassas metod kardiyopulmoner egzersiz testi ile ölçülebilen maksimal/submaksimal oksijen (Vo2 max) tüketimidir. Ancak bu yöntem kompleks sistemler, eğitimli personel gerektirdiğinden kullanımı kısıtlı ve ulaşımı zor yöntemlerdendir. Bu sistemlerle yapılan değerlendirme en ideal egzersiz öncesi değerlendirmedir. Bunun dışında kişisel kapasite değerlendirmesi için sıklıkla kullanılan metotlar egzersiz sırasında ve sonrasında değerlendirmeye dayanan Borg'un algılanan egzersiz yoğunluğu skalası (kişinin uygulanan egzersizi kendi yaşam deneyimlerine göre değerlendirmesine dayanan ölçüm yöntemi), konuşma testi (uygulanan egzersiz sırasında kişinin konuşmasına engel olacak ancak nefessiz kalmayacak düzeyde olması), hedef kalp hızı hesaplaması

ve kişinin yaş grubuna bağlı hedef kalp hızı değerlendirmesidir (Tablo 3). Ancak dikkat edilmesi gereken husus, yaşlı bireylerde sıklıkla rastlanan bradikardi eğiliminin ( $\beta$  bloker ilaçlara bağlı veya doğal olarak bulunan) maksimal kalp hızı hesaplamalarında (220-yaş olarak hesaplanır) hataya neden olmasıdır. Egzersiz tipi, sigara kullanımı, kahve çay alışkanlığı da kalp hızını etkileyebilir.

Örneğin yetmiş yaşında ancak kalp hızı 55 olan bir hastanın bu formüle göre  $220-60=160$  olarak hesaplanır. Bu hesaplanan kalp hızının %70 ile yapılacak bir egzersiz hastanın beklenen kalp hızına ulaşmasını sağlamayabilir ve çok ağır egzersiz yapmasına, kardiyak aşırı zorlanmaya neden olabilir. Ayrıca yüzme gibi yatay pozisyonda yapılan egzersizler kişilerin kalp hızında beklenenden daha az artışa sebep olması hesaplamalar sırasında unutulmaması gereken detaylardır.

Reçetelendirmede egzersizin tipi, süresi, yoğunluğu ve sıklığı önemlidir. Dayanıklılık egzersizleri günde 10 dakikadan başlayıp giderek arttırılabilir. Artış hedeflenen kalp hızını aşacak düzeyde olmamalıdır. Egzersiz ve dinlenme sürelerinin birbirine oranı 1/1 olacak şekilde devam edilmelidir.

Orta düzeyli egzersiz örnekleri Tablo 4’de verilmiştir. Bu orta düzeyli egzersizler genel olarak dakikada 5-7 kalori tüketimini sağlayan egzersizlerdir. Maksimal egzersiz miktarı bu orta düzeyli egzersizler olabilir. Yaşlı bireyin bu tanımlanan maksimal egzersiz düzeyinin % 40-50’si ile yaklaşık 10 dakika olarak başlayacağı egzersiz % 60’ı ile 40-50 dakikaya kadar arttırılabilir.

### **Güçlendirme Egzersizleri**

Kas kuvveti ve fonksiyonelliğinin arttırımı için gerekli olan egzersizlerin en önemlisi güçlendirme egzersizleridir. Bilinen odur ki, yaşla beraber gücü azalan ve fizyolojik değişime uğrayan kaslar, kişilerin bağımsızlığında önemli rol oynarlar. Özellikle alt ekstremitelerde kas kuvvetleri kişinin yürüme hızında, sandalyeden kalkıp oturabilmesinde etkilidir. Ana günlük aktiviteleri bağımsız hareketlerle yapabilmesini ve hareket edebilmesini sağlar. Daha önce tanımlandığı gibi yaşlı bireylerde güç ve kas kütle kaybının önemi büyüktür ve bu nedenle özellikle bu grup kasların gücünün devamı bu bireyler için çok önemlidir.

Güçlendirme egzersizleri için çok çeşitli protokoller uygulanmaktadır. Bunların en etkililerinden biri 1-3 set olarak yapılabilen 8-12 hareket içeren çalışma programıdır. Setler arasında 1-3 dakikalık duraklamalar yapılabilir. Program gün aşırı ve iki günde bir olarak başlayabilir. Uygulanması gereken ağırlık kişinin kaldırabildiği en fazla ağırlığın %40 ile 50’si olarak belirlenmelidir. Seçilen kas grupları öncelikle alt ekstremiteleri içerirse de özellikle günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı arttırabilmek, kardiyovasküler performansı desteklemek için üst ekstremitelerde önemlidir. Kullanım için direnci renklerine göre değişen elastik

bantlar ya da hafif ağırlıkların kullanımı uygundur. Programlar aralıkları 8., 12., 16., 21., 24. ve 36. haftalar olabilir. Bu aralarda değerlendirmeler yeniden yapı-  
lıp ağırlıklarda değişiklikler yapılabilir. Özellikle son yıllarda seksen yaş üstü  
bireylerde alt ekstremite kaslarına yönelik güçlendirme egzersizlerin ön plana  
çıkması önem kazanmıştır. Bu grup egzersizlerin ileri yaş hasta grubunda kan  
basıncında kontrolsüz artışa neden olması yönündeki fikirlerden uzaklaşmaya  
başlanmıştır.

### **Germe Egzersizleri**

Yaşlı bireyin egzersizlerinin önemli komponentlerinden biri de esneklik ve germe  
egzersizleridir. Bu egzersizler üst ekstremitte, gövde ve alt ekstremitte kaslarında  
ayrı ayrı yapılmalıdır (Tablo 5). Egzersiz sonrası ağrıya sebep olmamalı ve  
özellikle hafif bir ısınma periyodunu takiben uygulanmalıdır. Genel olarak “ger  
ve tut” prensibine dayalı olarak üç- beş saniye kadar gerilmeli ve bırakılmalıdır.  
Bunun yanında esnetme ve yaylanma uygulanmamalıdır. Giderek esneklik arttıkça  
hem germe süresi hem de hareket sayısı artırılmalıdır. Tüm egzersiz reçetelerine  
ait genel prensipler Tablo 6’da özetlenmiştir.

Egzersiz reçetesi alırken mutlaka fizik tedavi ve rehabilitasyon hekimine danışarak  
program planlanmalı ve sürekli doktor gözetiminde ve denetiminde programa  
devam edilmelidir.

Bazı hastalıklarda önerilebilecek reçete örnekleri aşağıda tanımlanmıştır.

### **Egzersiz Reçetesi**

#### **1. Yaşam Tarzı Değişikliği**

- Hafif tarzda yürüyüş (her sabah ve akşam 15 dk, mümkünse eşinizle  
birlikte haftanın yedi günü, Borg skalasına göre zorluk düzeyi orta)
- Diz ve kalça eklemleri ile ilgili problemler ön planda değilse merdiven  
inip çıkma (bir kat çıkma iki kat inme şeklinde)
- Arabayı gideceğin yerden uzağa park et,
- Bağ ve bahçe işi yap: Mevsim elverdiğinde haftada bir gün

#### **2. Aerobik Egzersiz**

- Hafif tarzda yürüyüş (yukarıda tanımlandığı gibi, eğer kalça, diz ve ayak  
bileğinde problem mevcutsa kişinin imkânları uygunsa yüzme,  
kol bisikleti ya da spor merkezlerinde bulunan yatay bisiklet kullan)
- Grup derslerine katıl (50 dakika, haftada iki sabah bulunduğunuz  
yerdeki yaşlılar merkezlerinde ya da yaşlı popülasyondan oluşturulmuş  
gruplarda)

### **3. Esneklik Egzersizleri**

- Sırt, bel, hamstring, gastrocnemius kaslarını ve aşil tendonlarını her sabah 5 dakika tanımlanan şekilde ger ve doktorunuzun size verdiği ve tanımladığı germe egzersizlerini haftada yedi gün yap.)
- Uygulayabileceğin ortam mevcutsa fizik tedavi ve rehabilitasyon doktoruyla görüşerek başlangıç düzeyinde yoga videolarını kullan, her hafta bir gün yaklaşık 60 dakika

### **4. Güçlendirme Egzersizleri**

- Her gün 50 dakika, haftada iki gün, bulunduğunuz yaşlılar merkezinde mevcutsa ana kas gruplarını içeren egzersiz aletleri ile yap.
- Her gün televizyon seyredirken 1 set 10 tekrar olacak şekilde, toplam 3 set olarak özellikle gövde ana grup kaslarını içeren abdominal kas ve sırt ekstansörleri içerecek şekilde yap.

### **Bazı Hastalıklarda Dikkat Edilmesi Gereken Egzersiz Önerileri:**

#### **Hipertansiyon**

- Özellikle büyük kas gruplarının kullanıldığı aerobik egzersizlere yoğunlaşmalı.
- Her gün yaklaşık 20-30 dakika boyunca yapılmalıdır.
- Beta bloker kullanımı kalp hızını ve egzersiz kapasitesini azaltabileceğinden dikkatli olunmalı.
- Termoregülasyonu etkileyen ilaçlar ve hava koşulları konusunda dikkatli olunmalı.
- Güçlendirme egzersizleri haftada iki gün uygulanmalı ve orta hafif düzey ile başlanmalı.

#### **Diabetes Mellitus**

- Egzersize başlanan hafta 1000kcal egzersiz programı oluşturulmalı (bu da haftalık yaklaşık 15 km'ye eş değerdir.)
- Güçlendirme egzersizi düşük ağırlık grubu ve sık tekrar şeklinde olmalı.
- Kan şekeri düşüklüğü şikayetleri (baygınlık hissi, kusma bulantı, halsizlik) açısından dikkatli olunmalıdır.
- Poliüri semptomu sıcak havalarda dehidratasyona neden olabileceği için çok dikkatli olunmalı.

### **Obezite**

- Düşme ve yaralanmalar obez kişilerde daha sıklıkla görüldüğü için bu durumlar açısından dikkatli olunmalıdır.
- Egzersizler haftada (5-7 gün, 40-60 dakika arasında) uygulanmalı.

### **Kronik Solunum Hastalıkları**

- Kişilerin mümkün olduğu kadar haftada 5 ile 7 gün arası egzersiz yapmaları sağlanmalı.
- Egzersiz süresi 10 dakika ile başlamalı yavaş yavaş artırılmalı.
- Genellikle yürüyüş en çok önerilen aerobik egzersiz çeşididir.
- Güçlendirme egzersizlerinin sık tekrar ve düşük yoğunlukla özellikle alt ekstremitelere (kalça, uyluk ve bacak) kaslarına yönelik olması önerilir.
- Solunum kaslarına özel güçlendirme egzersizleri de programa dahil edilmelidir.

### **Sonuç**

Egzersiz tüm bireylerde olduğu gibi yaşlı bireylerde fizyolojik ve psikolojik iyilik halini sağlar, artırır. Bağımsızlığın devamına ve düzeyinin artışına neden olur. Yararları yanında bulunan risklerinin denetimi planlanan programın başarısını artırır.

Sonuç olarak yaşlı bireye ait egzersiz programları kişiye özel olmalıdır. Yaşam modifikasyonlarını içermeli, programı bireyin komorbiditelerine, yaşam tarzına uygun olmalı ve birey tarafından onaylanmalıdır. Kolay anlaşılabilirliği ve takibi için yazılı ve görsel materyallerle zenginleştirilmeli, kişisel programlar yanında grup programlarını da içermelidir. Ayrıca risk yönetimini içeren komorbid hastalıklara uygun modifikasyonlar egzersiz konusunda uzmanlaşmış fizik tedavi ve rehabilitasyon hekimlerince yapılmalı ve denetlenmelidir.

**Tablo 1. Yaşlı Bireylerde Düzenli Bir Egzersiz Programının Yararları**

<p><b>Kardiyovasküler Sağlık</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kalp kasılabilirliğinde ve tepe diastolik dolumda artma</li><li>• Aerobik kapasitede artma</li><li>• Sistolik ve diastolik kan basıncında düzelme</li><li>• Enduransda artma</li><li>• Endotel fonksiyonunda düzelme</li><li>• Fibrinolitik aktivite artışı</li><li>• Kas kapilleritesinde artma</li><li>• Koroner arter hastalığı riskinde azalma,</li><li>• Konjestif kalp hastalığı semptomlarında düzelme, hastaneye yatış sayılarında azalma,</li><li>• Peripherel vasküler hastalık semptomlarında düzelme</li></ul>	<p><b>Metabolizma</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Protein sentez hızında artma, iskelet kasının aminoasit alımında artma</li><li>• Düşük dansiteli lipoproteinlerde azalma</li><li>• Yüksek dansiteli lipoproteinlerde artma</li><li>• Trigliserid miktarında düşme</li><li>• Glisemik kontrolde düzelme,</li><li>• Hemoglobin A1c düzeylerinde azalma,</li><li>• İnsülin duyarlılığında düzelme</li><li>• Obezite riskinde azalma</li></ul>
<p><b>Vücut Kompozisyonu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Abdominal adipoz dokuda azalma</li><li>• Kas kütlelerinde artma, pozitif nitrojen dengesi</li></ul>	<p><b>Nörofizyolojik Sağlık</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uyku kalitesinde ve süresinde artma</li><li>• Kognitif fonksiyonlarda düzelme</li><li>• Yakın hafızayı artırma</li><li>• Dikkat süresinde uzama</li><li>• Depresyon sıklığında azalma</li><li>• İyi halde artma</li></ul>
<p><b>Kas İskelet Sistemi Sağlığı</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kaslarda gücü ve fleksibilitiyi artırma</li><li>• Dinamik dengeyi artırma</li><li>• Postmenopozal kadınlarda kemik dansitesi kaybında azalma</li><li>• Kalça ve vertebral kırıklarda azalma</li><li>• Düşme riskinde azalma</li></ul>	<p><b>Diğer</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• İmmün fonksiyonlarda düzelme</li><li>• İnflamatuar belirteçlerde azalma</li><li>• Kanser riskinde azalma (meme, akciğer, kolon, prostat)</li><li>• Bütün mortalite nedenlerinde azalma,</li><li>• Bütün morbidite nedenlerinde azalma</li></ul>

**Tablo 2. Güçlendirme ve Aerobik Egzersizler İçin Potansiyel Kontrendikasyonlar**

<b>Kesin</b>	<b>Rölatif</b>
<p>Yakında gözlenen EKG değişikliği ve myokard enfarktüsü bulgusu olanlarda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unstable anjina</li> <li>• Aort stenozu</li> <li>• 3. derece kalp bloğu</li> <li>• Akut konjestif kalp yetmezliği</li> <li>• Dekompanse kalp yetmezliği</li> <li>• Kompleks anevrizma</li> <li>• Kontrolsüz hipertansiyon</li> <li>• Kontrolsüz metabolik hastalık</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardiyomyopati</li> <li>• Orta düzeyli aort stenozu</li> <li>• Kompleks ventriküler ektopi</li> <li>• Kontrolsüz supraventriküler taşikardi</li> </ul>

**Tablo 3. Egzersiz İçin Hedeflenen Kalp Hızı Aralıkları**

<b>Yaş</b>	<b>Hedef kalp hızı (atım/dk)</b>	<b>Maksimal kalp hızı (atım/dk)</b>
60	80 ile 100	160
65	78 ile 116	155
70	75 ile 113	150
75	73 ile 109	145
80	70 ile 106	140

**Tablo 4. Orta Düzeyli Egzersiz Örnekleri**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Araba yıkamak (45-60 dk)</li> <li>• Kendi tekerlekli iskemlesini kullanmak (30-40 dk)</li> <li>• Yürümek (15 dk'da yaklaşık 2-3 km)</li> <li>• Bisiklete binmek ( 6 km'yi 30 dk)</li> <li>• Dansetmek (30 dk)</li> <li>• Su içi egzersiz ya da aeroibiği yapmak (30 dk)</li> <li>• Yüzmek (nefes nefese kalmayacak şekilde)</li> <li>• Balık tutmak (ayakta)</li> <li>• Çiftler şeklinde tenis oynamak (20 dk)</li> <li>• Golf oynamak (golf eşyalarını kendi taşıyarak)</li> </ul>
--



**Tablo 5. Germe ve Güçlendirme Egzersizlerinde Reçetelenen Anahtar Kaslar**

Baş/boyun	Ekstansörler/Fleksörler
Omuz	Ekstansörler/ Fleksörler, Abduktörler/, Adduktörler, İç ve Dış Rotatorlar, Skapula Retraktör/ Depresörleri
Dirsek	Ekstansörler/Fleksörler
Önkol	Pronatorlar/ Supinatorler
El bileği	Ekstansörler/Fleksörler
El	Parmak Ekstansörler/Fleksörler (Başparmak Adduktörler/ Abduktörleri)
Gövde	Ekstansörler/ Fleksörler, Lateral Fleksiyon, Rotasyon
Kalça	Ekstansörler/ Fleksörler, Abduktörler/, Adduktörler, İç ve Dış Rotatorlar
Diz	Ekstansörler/ Fleksörler
Ayak/ayak bileği	Dorsifleksörler/Plantar Fleksörler, Evertör/Invertörler, (Başparmak Ekstansörler/ Fleksörleri)

**Tablo 6. Egzersiz Reçetelerindeki Genel Prensipler**

Egzersiz Türü		Yoğunluk	Süre	Frekans
Endurans (aerobik) egzersizi		Düşük: MKH'nin %40-60'ı	Günde 10-30 dk	3-5 kez/ hafta
Güçlendirme egzersizleri	İzometrik	Düşük-orta düzey: İMK'un %40-60'ı	Bir anahtar kas grubunda 1-6 saniye süreyle kasarak 1-10 maksimal kontraksiyon	Günde bir kez
	İzotonik	Düşük: 1 RM'nin %40'ı Orta: 1 RM'nin %40-60'ı Yüksek: 1 RM'nin %60'ından fazlası	10-15 kez 8-10 kez 6-8 kez	2-3 kez/ hafta
Esneklik egzersizleri	Başlangıç dönemi	Direnç hissedilen yere kadar ger	Bir anahtar kas grubunda 5-15 saniye tut	Günde bir kez
	Hedef	Tüm hareket genişliği boyunca ger	Her bir anahtar kas grubunda 3-5 defa olmak üzere 20-30 saniye tut	

**Kısaltmalar:** MKH: Maksimal kalp hızı, İMK: İstemli maksimal kontraksiyon, RM: Repetation maksimum: maksimum tekrar edilebilen ağırlık

## ÖZET

*Eğitimci, her bir katılımcıya anlatılmış olan konuya ilişkin fiziksel aktivite ve egzersiz konusunda ileride yapacakları bir cümleyi söylemelerini ister. Aldığı birkaç cevaptan sonra konuyu özetler.*

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak değerlendirme yapar.*

1. Fiziksel aktivite nedir? Egzersiz nedir?
2. Egzersizin aklınıza gelen beş yararını söyleyebilir misiniz?
3. Egzersiz öncesi değerlendirilmesi gerekenler nelerdir?
4. Egzersiz reçetesi nedir? Bileşenleri nelerdir?
5. Orta düzeyli egzersizleri içeren günlük aktivitelerden örnekler verebilir misiniz?
6. Kronik hastalıklardan herhangi birinde dikkat edilecek faktörleri bize hatırlatabilir misiniz?

## KAYNAKLAR

1. American Geriatrics Society Panel on Exercise and Osteoarthritis. Exercise prescription for older adults with osteoarthritis pain: consensus practice recommendations JAGS 2001;49(6):808-823.
2. Mazzeo RS, Tanaka H. Exercise prescription for the elderly Sports med 2001; 31(1):809-818.
3. Cindaş A. Yaşlılarda egzersiz uygulamasının genel ilkeleri Geriatri 2001;4(2):77-84.
4. Nied RJ, Franklin BF. Promoting and prescribing exercise for the elderly. Am Fam Physician 2002; 65(3):419-428.
5. Latham N, Anderson C, Bennet D, Stretton C. Progressive resistance strength training for physical disability in older people (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, issue 2. 1-29.
6. Doherty TJ. Physiology of aging J Appl Physiol 2003; 95:1717-1727.

7. McDermott AY, Mernitz H. Exercise and older patients. *Am Fam Physician* 2006; 74(3): 437-44.
8. Ünsal S, Özel S, Şahin-Onat Ş, Tiftik T. Osteoartritli hastalarda egzersiz engelleri *Geriatri* 2007;10(4):179-183.
9. Hautier C, Bonnefoy M. Training for older adults *Annales de readaptation et de médecine physique* 2007;50: 475-479.
10. Foster C, Porcari JP, Battista RA, Udermann B, Wright G, Lucia A. The risk in exercise training *Am J Lifestyle Med* 2008; 2(4):279-284.
11. Zamboni M, Mazzali G, Fantin F, Rossi A, Di Francesco V. Sarcopenic obesity: a new category of obesity in the elderly *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Dis* 2008; 18:388-395.
12. Ordu-Gökkaya, NK. Yaşlılık ve Egzersiz. In: Gökçe Kutsal Y (Ed): *Geriatrik Rehabilitasyon, Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Derneği Geriatrik Rehabilitasyon Çalışma Grubu Yayını, Ankara, 2010, pp 224-235.*
13. Ordu-Gökkaya, NK. Yaşlılık döneminde egzersiz: Ne çok az ne de çok fazla. *Türkiye Fiz Tıp ve Rehabil Dergisi* 2009;55(Özel sayı 2):92-94.
14. Köseoglu F, Ordu NK. Pulmoner Rehabilitasyon In: Oğuz H (Ed), Dursun E, Dursun N, (Y Eds) *Tıbbi Rehabilitasyon, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara 2004, pp 1239-1252.*

# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

6

# YAŞLIDA DÜZENLİ UYKU VE UYKU BOZUKLUKLARI

*İrsel TEZEL FİLİK*



## **KONU : YAŞLIDA DÜZENLİ UYKU ve UYKU BOZUKLUKLARI**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlıda uykunun yapısı, düzenli uyku ve uyku bozuklukları hakkında bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Uykunun insana kazandırdıklarını, “Neden uyuruz?” sorusuna cevap vererek sıralayabilmeli,
- Yaşlılıkla birlikte değişen uyku özelliklerini söyleyebilmeli,
- Düzensiz uykuya neden olabilecek durumları, davranış bozuklukları, hastalıkları sayabilmeli,
- Düzensiz uykunun yaratabileceği sorunları söyleyebilmeli,
- Yaşlılıkta görülebilen uyku bozukluklarını tanımada dikkat çeken belirtileri sıralayabilmeli,
- Uyku hijyeni konusunda yapılabilecekleri sıralayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

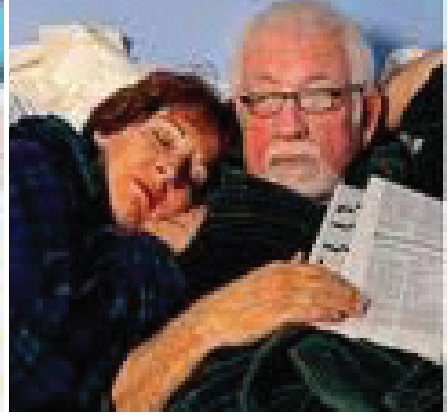
### **AMAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Resimli mesajlar

## **ETKİNLİKLER**

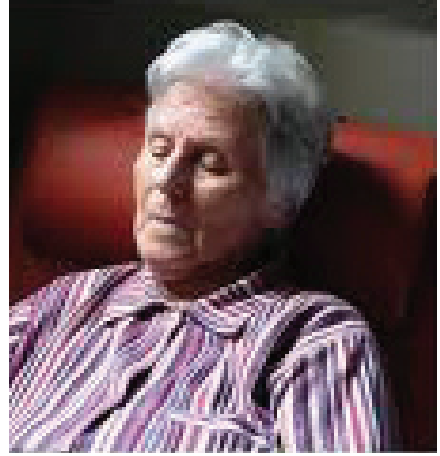
### **Isınma**

*Eğitimci, “Uygunuz nasıl? Bebekler gibi uyuyabiliyor musunuz?” diyerek katılımcıların konuya dikkatini çekmeye çalışır. Çeşitli uyuyan insan resimleri göstererek kendilerinin hangisine uyduğunu sorar? Nedenleri konusunda fikir yürütmelerini ister?*



Small aging is accompanied by sleep pattern changes that may result in daytime sleepiness and affect the quality of life in older adults. These changes also can signal more serious sleep problems, which become more prevalent with aging. More than half of adults older than 65 living at home and about two-thirds of those in long-term care facilities have some difficulties with sleep. It is important for nurses to understand the normal changes in sleep that accompany aging and be able to dif-





## Giriş

Eğitimci, katılımcılara “Uyku bozukluğu nedeni ile hiç doktora başvuran var mı?” “Yaşla birlikte, tarla kuşu misali erken uyuyup, erken kalkmak sizce bir uyku bozukluğu mudur?” diyerek grubun konu hakkındaki görüşlerini alır.

Aldığı cevaplardan sonra “Uyku yapısı yaşla birlikte değişir; bu sağlığın olduğu gibi, beklenenin dışında değişmiş uyku yapısı, hastalığın aynası olabilir” diyerek konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklayarak konuya giriş yapar.

## İşleniş

Eğitimci, uykunun insana kazandırdıklarını açıklamadan önce, katılımcılara “Neden canlılar uyurlar?” diye sorar, ardından uyuyan bir bebek resmi göstererek “Büyüme için olabilir mi ne dersiniz? Çocuklarınıza, torunlarınıza söylediğiniz ninnileri hatırlayın?” diyerek aldığı cevapları ayrı ayrı kartlara yazar.

### **UYUSUN DA BÜYÜSÜN...**

Ardından aşağıdaki bilgiler ışığında tek tek cevapların yazılı olduğu kartları asarak, “Bu bir neden olabilir mi?” diye sorarak katılımcıların cevaplarını da genişleterek konuyu açıklar.



### **Neden Uyuruz?**

1. Hayatta kalmak için çevresel avantaj sağlar.  
Bu ifadeyi güçlendirmek için aşağıdaki bilgiler paylaşılır.  
Maymunlarda yapılan çalışmalarda uykusuz bırakılan hayvanların gün içinde doğal ortamda daha kolay av haline geldiği, insanlarda da uykusuzlukla birlikte ertesi gün trafik kazalarının arttığı görülmüştür. Burada varsa bir trafik kazasına ait resim gösterilir.
2. Enerji tasarrufu sağlar.  
Tüm gece uykusuz kalanlarda ertesi gün halsizlik görülür. Acaba bu enerji birikimi ile ilişkili mi? Sorusuna cevap beklenir ve ardından “8 saat uyku, 120 kalorilik enerji birikimine neden olur” diyerek 2 elma resmi konularak \*\*\*\*“Bu enerji gereksinimi 8 saatlik uyku yerine iki elma yiyerek sağlanabilir” denilir ve sadece bu amaçla uyumadığımızı belirterek diğer nedenlere devam edilir.
3. Hastalıkların iyileşmesinde rol oynar.  
(Restorasyon –anabolik- dönemidir ve bağışıklık sistemi güçlenir)  
Yara iyileşmesinin uykuda arttığı belirtilir.
4. Hafızanın pekiştirilmesini (görsel hafıza) sağlar.  
Öğrencilere sınava girmeden önce düzenli uyumaları önerilir.
5. Büyüme ve beyin gelişimini-sinaptik plastisite- destekler.  
Bebegın beden ve mental gelişiminin yanı sıra yetişkinlerde unutkanlık şikâyetlerini azaltır.

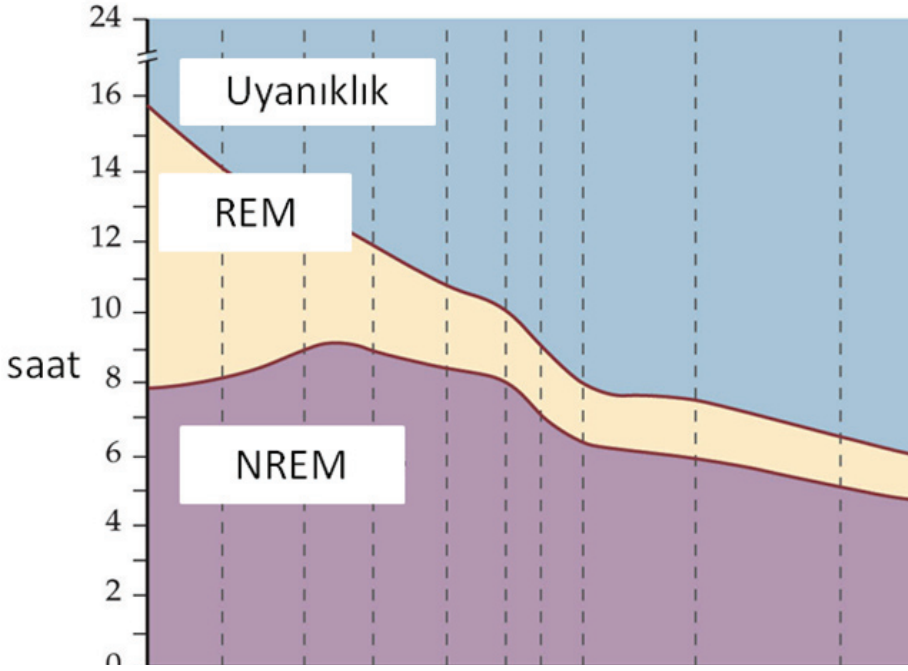
*Eğitimci, katılımcılara yaşla birlikte uyku süreçlerinde yaşadıkları değişiklikleri sorar, cevap alamamışsa “Geç uykuya dalma, sık uyanma, erken uyanma” gibi sorunları dile getirerek aşağıdaki açıklamayı yapar. Bu sırada resim ve grafiklerden yararlanır.*

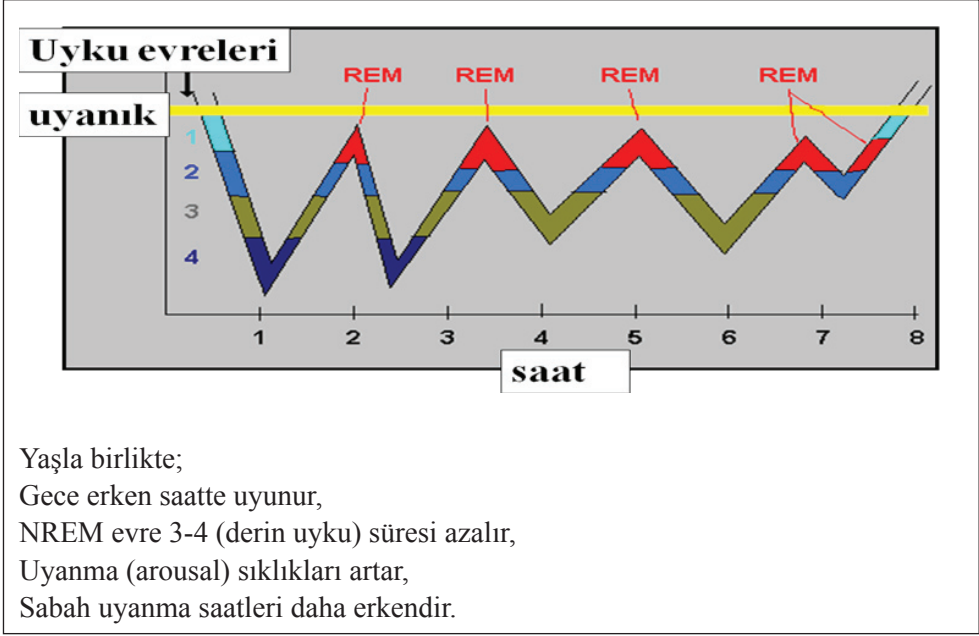
Yaşla birlikte uyku yapısında değişiklik olur.

Normal bir erişkinde 4-10 saat arasında değişen uyku süresinde, REM (hızlı göz hareketi- rapid eye movement) ve NREM (nonREM) dönemlerini içeren 4-6 uyku siklusu gözlenir.

NREM dönemleri 4 evreden oluşur, REM hızlı göz hareketlerinin yanı sıra kaslarda atoninin-paralizinin geliştiği dönemi kapsar. Uykuya hafif uyku dönemi (NREM evre I) ile başlanır ardından yavaş uyku derinleşir. Çevrenin ve bireyin özelliklerine göre geçişler sırasında kısa uyanma dönemleri olabilir. Normal bir yetişkin uykunun yaklaşık %5'inde uyanıktır, bu dönemi çoğunlukla fark etmez.

Uykunun %2-5'i hafif uykuyu NREM evre I'i, %45-55'i NREM evre II olarak adlandırılan hafif-orta şiddette uykuyu, %13-23'ü NREM evre 3-4 olarak isimlendirilen derin uykuyu ve %20-25'i REM olarak adlandırılan rüyaların çoğunluğunun görüldüğü dönemi içermektedir.





Sirkadian ritmin yaşlılarda farklılaşmasına (ultraviyole ışığa suprakiazmatik nükleusun cevabı), hormonal sistemdeki (hipotalamik pitüiter aksis ve melatonin gibi) değişikliklere ve vizüel sistemin ışığa cevabındaki (katarakt gibi görmede azalmaya neden olan durumlarda) farklılıklara bağlı olarak, yaşlıların uyku yapısında değişim izlenir.



Ama bunlara rağmen yaşlı sağlıklıdır.

Eğitimci, katılımcılara “Hepimizin hayatının bir döneminde uyku düzeninde bozulma olmuştur. Örneğin “benim en çok uyku düzenimin alt-üst olduğu dönem annemin ağır bir ameliyat geçirdiği dönemle, çocuğumun ilk bebeklik yılları idi.

*Sizin böyle birkaç günlük veya daha uzun süreli düzensiz uyuduğunuz dönem var mıydı?” sorusunu sorarak deneyimlerini paylaşmalarını ister. Ardından verilen cevapları tahtaya yazar ve aşağıdaki açıklamayı yapar.*

### **Uyku Düzeninin Bozulabildiği Durumlar**

- Psikososyal faktörler (kayıplar, emeklilik, hastaneye yatma, mutlu sonuçlanan olaylar)
- Akşam saatlerinde fazla miktarda kafein içeren gıdalar veya alkol alma, çok yemek yeme, ağır egzersiz yapma
- Gürültülü, parlak ışıklı, sıcak ortamda bulunma
- Çoklu ilaç kullanımı (Hipertansiyon ilaçları-beta blokerler, ACE inhibitörleri, depresyon ilaçları, antilipidemik ajanlar, antiepileptikler gibi)
- Tıbbi hastalıklar (romatoid artrit, parkinson hastalığı, alzheimer hastalığı, koroner arter hastalığı, astım, kronik böbrek hastalığı, idrar yolu enfeksiyonu, prostat hipertrofisi)

*Eğitimci, bir trafik kazası resmi göstererek “Bu bir gecelik uykusuzluk-yorgunluk sonrası gelişen acı bir olay” der ve ardından düzensiz uykunun gün içinde neden olabileceği problemleri sorar ve tahtaya tek tek yazar ve konu hakkında aşağıdaki açıklamaları yapar.*



### **Düzensiz Uykunun Neden Olabileceği Sorunlar**

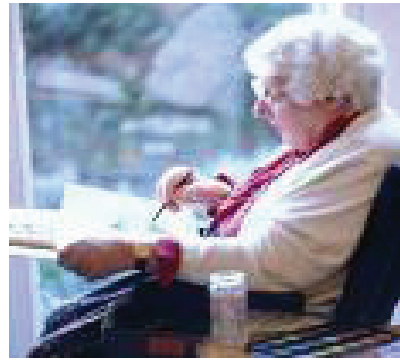
- Gün içinde uykusuzluğa bağlı düşmeler,
- Ev ve trafik kazaları,
- Hafıza bozukluğu profesyonel-günlük hayatta problemler,
- Alkol ve kafein kullanım sıklığında artış,
- Birincil uyku bozukluğu gelişimi.

Düzensiz uyku uykusuzluk (insomni) ve gece-gündüz (sirkadyen) ritim bozuklukları gibi birincil uyku bozukluklarına neden olabilir. İnsomni geliştiğinde sıklıkla uykuya geçiş süresinde uzama, uykuyu devam ettirmede bozulma ve erken uyanma gözlenir. Sirkadyen ritim bozukluklarında gece erken yatan ve sabah erken uyanan tarla kuşu modelleri veya gece geç yatan sabah geç kalkan baykuş modelleri gibi durumlar gelişebilir bunlarda insomniden farklı olarak uyku etkinliğinde yani sürdürmede sorun yoktur.

- İkincil olarak gelişen ruhsal hastalıklar (depresyon ve anksiyete bozukluğu)
- İkincil olarak sistemik hastalıkların gelişimi;
  - Kas iskelet sistemine ait ağrı şikâyetleri,
  - Obezite ve diğer endokrinal problemler (diabetes mellitus),
  - Kardiyovasküler hastalıklar (kalp yetmezliği, nefes darlığı),
  - Solunum bozuklukları (horlama, nefes durması),
  - İnme gibi beyin hastalıkları.

*Eğitimci, bireyin yaşlılıkta görülebilen gerçek uyku bozukluklarının belirtilerini yine deneyimlerine dayanarak katılımcıların saymalarını ister. Burada hatırlatmak için “Kimler geceleri horluyor veya soluk alıp vermesi kesikleşiyor?” diye sorar ve diğer cevapları da alarak tahtaya yazar, ardından aşağıdaki açıklamayı yapar. Bu açıklamayı yaparken resimlerden yararlanarak (horlayan, uykuda bacak hareketleri olan, gün içinde konsantrasyon güçlüğü çeken yaşlı insan resimleri) belirtinin adını verebilir.*

*Sonunda tahtaya yazılanlardan fizyolojik değişiklikler dışındakileri vurgulayarak hep birlikte tekrar sayarlar.*



### Uyku Bozukluklarının Belirtileri

Normalde yaşlılıkta görülen yatağa erken gitme, sabah erken uyanma dışında;

- Uykuya dalma zorluğu
- Uykuyu devam ettirme zorluğu, sık uyanma
- Uyanmada zorluk veya çok erken kalkma
- Horlama
- Nefes alıp vermede duraklama
- Sık bacak hareketleri
- Bacaklarda-kollarda uyuşma benzeri hisler
- Ekstremiteleri hareket ettirme isteği
- Eşini rahatsız eden, şiddet içerebilen, kendisinde de travmaya neden olabilen davranış bozuklukları
- Sık kâbus görme
- Sık uyku paralizisi (karabasan) atakları
- Kilo alma



- Depresyon belirtileri (kendisini mutsuz hissetme, öz bakımında azalma gibi)
- Konsantrasyon-dikkat bozukluğu
- Gün içinde uyuklamalar, uykulu hal

*Eğitimci, bütün bunları tekrar saydıktan sonra uyku bozukluğunun altta yatan ruhsal, nörolojik veya kardiovasküler-solunum sistemi ile ilişkili hastalıklarla bağlantılı olabileceğini, bu aşamada mutlaka uzman yardımı almak gerektiğini vurgular.*

*Eğitimci, oturumun sonunda katılımcılara “Uykuya dalma problemi olan arkadaşınıza önerileriniz nelerdir?” diye sorar ve ardından uyku hijyeni hakkında bilgi verir.*

#### **Uyku Hijyenini Sağlamak İçin;**

- Sabah uyanınca yataktan çıkmalı,
- Her sabah aynı saatte kalkmalı,
- Gündüzleri mümkün olduğunca uyumamalı,
- Düzenli egzersiz (akşam saatlerinde kaçınılmalı) yapılmalı,
- Yatak odası ses, ışık, ısı yönünden korunmuş olmalı,
- Uyku saatine yakın yemek yenmemeli, çok su içmemeli,
- Kafeinli, alkollü, kolalı içecek ve tütünden kaçınılmalı,
- Uyumaya çabalamamalı,
- Stresle baş etme yöntemleri geliştirmelidir.

## ÖZET VE DEĞERLENDİRME

*Eğitimci, katılımcılara aşağıdaki soruları sorarak konunun özet ve değerlendirmesini yapar.*

1. Yaşlanma ile birlikte değişen uyku yapısı nasıldır?
2. Düzensiz uykuya neden olabilecek durumlar ve hastalıklar nelerdir?
3. Düzensiz uykunun sonucunda gelişebilecek olumsuzluklar nelerdir?
4. Yaşlılıkta görülebilen uyku bozukluklarının belirtileri nelerdir?
5. Uyku hijyeni nedir, neler yapılmalıdır?

## KAYNAKLAR

1. Bliwise DL. Normal Aging. Principles and Practice of Sleep Medicine. Ed: Kryger MH, Roth T, Dement WC. Elsevier Saunders, Philadelphia, 2005; s24-38.
2. Kutsal YG, Biberoglu K, Atli T, Aslan D. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler için yaşlı sağlığı tanı tedavi rehberi 2010. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2010; s425-426.
3. Ancoli-Israel S. Sleep and its disorders in aging populations. Sleep Medicine, 2009,(10);S7-S11.
4. Arasıl T, Kutsal YG. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonda yeni ufuklar, Yaşlı sağlığı. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2010;s235-237.

# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

7

# YAŞLILIK DÖNEMİNDE DÜŞME VE KAZALARIN ÖNLENMESİ

*Asuman DOĞAN  
Pınar BORMAN  
Yeşim GÖKÇE KUTSAL  
Kutay ORDU GÖKKAYA*



# **KONU: YAŞLILIK DÖNEMİNDE DÜŞME VE KAZALARIN ÖNLENMESİ**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılık döneminde düşme ve kazaların önlenmesi konusunda bilgi kazandırmak.

## **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Yaşlılık döneminde düşme ve kazaların sıklığını ve nedenlerini açıklayabilmeli,
- Düşme ve kazalarda önlenebilir risk faktörlerini sayabilmeli,
- Düşme ve kazalara neden olabilen sağlık sorunlarını açıklayabilmeli,
- Düzenli sağlık kontrollerini yaptırmanın düşmeleri azaltmak için önemini söyleyebilmeli,
- Düşme ve kazaların önlenmesinde çevresel ve ev düzenlemelerinin gerekliliğini ve nasıl yapılacağı konusunu açıklayabilmelidir.

## **YÖNTEM**

- Anlatım
- Tartışma
- Beyin fırtınası
- Soru-Cevap

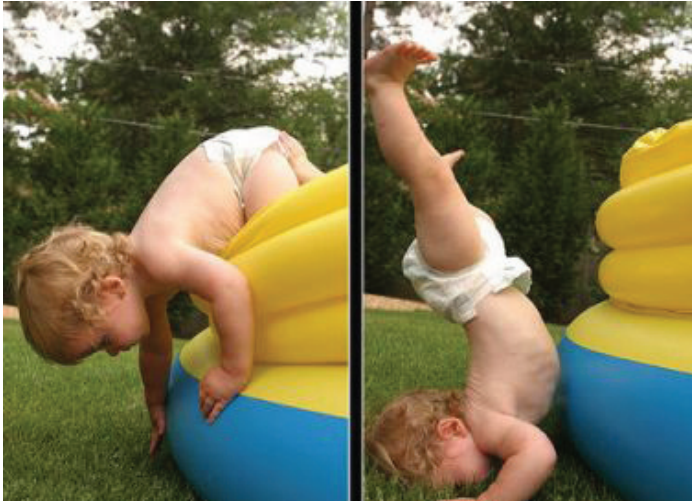
## **ARAÇ- GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası, kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Tepegöz-saydam
- Afiş, broşür

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılara son bir yıl içinde kaç defa düştüklerini, kaza geçirip geçirmediğini sorar. Düştüğünü ve kaza geçirdiğini ifade eden katılımcılara nerede düştüklerini (ev içi ve ev dışı) ve nedenlerini (uygunsuz kıyafet ve ayakkabı, düzensiz eşyalar, uygunsuz aydınlatma, kaygan zemin gibi) açıklamalarını ister. Bu kaza ve düşmelerin önlenip önlenemeyeceğini, düşen kişilerin kaçının yardımcı cihaz (işitme cihazı, gözlük) ve destek (baston, yürüteç, koltuk değneği) kullandığını, düşmemek ve kazaları önlemek için tedbir aldığını sorar. Aldığı cevaplardan sonra katılımcı grubun düşmeler, risk faktörleri ve önlemler konusunda farkındalıklarını saptamaya çalışır.*





## Giriş

*Eğitimci, katılımcılara yaşlı nüfusun artması ile birlikte yaşlanma ile ortaya çıkan sorunların da arttığını, yaşlanmanın getirdiği fizik, duygusal, sosyal bazı hastalıkların düşmelere yatkınlığa ve düşme sıklığının artmasına yol açtığını açıklar. Hastalıklarını (özellikle hiper ve hipotansiyon, psikiyatrik ve nörolojik hastalıklar, kas-iskelet hastalıkları), kullandıkları ilaçları, günlük aldığı ilaç sayısını, egzersiz yapıp-yapmadığını, günlük aktivitelerini yalnız yapıp-yapamadıklarını, yardımcı cihaz ve kullandıkları destekleri ve bu konularla düşmenin ilgisi olup-olmadığını sorarak katılımcıların dikkatini bu konulara yoğunlaştırmaya çalışır. Ayrıca evlerinde ve çevrelerinde düşmelerine ve kazalara neden olacak risk faktörleri ve bunları azaltmak için neler yapmaları gerektiğini söyleyerek, çevresel faktörlere katılımcıların dikkatini çekmeye çalışır. Daha sonra konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

## İşleniş

*Eğitimci, bu bölümde yaşlılık döneminde düşme ve kazaların sıklığı ve bunlara zemin hazırlayan fiziksel, psikolojik ve çevresel risk faktörlerini anlatır; kişiye özel risk faktörlerini azaltmak için yapılması gerekenlerden; hastalıkları ve bunların düzenli kontrolleri, kullandıkları ilaçları ve sayısının düşme ile ilgisinden, egzersizin gerekliliğinden ev ve çevresel düzenlemelerin öneminden, evde yapılacak düzenlemelerin neler olduğundan bahseder.*

### YAŞLILIK DÖNEMİNDE DÜŞME VE KAZALAR

Yaşlılarda düşme ve kazalara bağlı sakatlıklar en önemli inmobilité nedenidir. Bu yaşının günlük yaşam aktivitelerinde başka birine bağımlı hale gelmesine ve sosyal hayattan uzaklaşmasına neden olacaktır. Risk faktörleri incelendiğinde bunların çoğunun önlenebileceği bilinmektedir. Bu nedenle yaşlı da düşme ve kazalara neden olan hastalıklara, çevresel risk faktörlerine dikkat çekmek, risk faktörlerini önlemek ve azaltmak için alınacak tedbirler konusunda katılımcıları bilgilendirmek amaçlanmaktadır.

Yaşlı nüfusun artması ile birlikte yaşlanma ile ortaya çıkan sorunlar da artmaktadır. Yaşlanmanın getirdiği fizik, duygusal, sosyal bazı sorunlar düşmelere yatkınlığa ve düşme sıklığının artmasına yol açmaktadır. Yaşlı erişkinlerde ölüm nedenleri arasında kazalar beşinci sırada yer almakta, düşmeler ise bu kazaya bağılı ölümlerin 2/3'ünü oluşturmaktadır. Evde yaşayan yaşlıların yaklaşık 1/3'ü her yıl en az bir kere düşmektedir. Yaşlılarda düşmelerin %40'ı hafif berelenme ve



siyırıklarla atlatılır, %13 kadarında ise kafa travması, yumuşak doku hasarları, ağır ülserasyonlar %5-10'unda ise kırıklar oluşmaktadır. Düşmelerin yaklaşık %5'i hastaneye yatışı gerektirir. Düşme nedeni ile acile başvuruların yaklaşık %2.2'si ölümlle sonuçlanmaktadır.

Yaralanmalar yanında düşmeler fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara neden olmaktadır. Fonksiyon kaybı hem kırıklarla ilişkili özürüllüğe hem de düşme sonrası anksiyete sendromu nedeni ile kişisel fonksiyon kısıtlamalarına neden olmaktadır. Özellikle kadınlarda ve daha önce düşme öyküsü olan kişilerde görülen düşme korkusu yaşlı kişilerde sakatlığa ve immobilizasyona neden olan ciddi bir sağlık problemidir.

Düşme nedenleri kişiye özel olabileceği gibi çevresel faktörler de düşmeyi kolaylaştırabilmektedir. Yaşlanma ile kas gücünün azalması, yürüme bozuklukları, görme bozukluğu, dengesizlik gibi kişisel faktörler yanında, kötü aydınlatma, kaygan zemin ve merdivenler gibi çevresel faktörler de düşmeye zemin hazırlamaktadır.

Çevresel faktörler düşmelerde %30-50 gibi oranda etken olarak gösterilmektedir. Düşmeler kadınlarda erkeklere nazaran daha fazladır ve yaşla artar. 1/3-1/2 oranında düşmeler belirgin organik işlev kaybı sonucu olmaktadır. Yaşlılarda ani bayılmalar %10-20 oranında düşme nedenidir. Yaşlılarda düşmelerin 3/4'ü ev içinde gelişmekte ve genellikle sandalye veya yataktan kalkma veya tersi sırasında ortaya çıkmaktadır. "Düşme korkusu" ya da "düşme sonrası anksiyete sendromu" yaşlıların yaklaşık üçte birinde görülebilen ve önemli düzeyde kısıtlılığa neden olabilen bir sorundur. Düşen yaşlılarda bu sendromun ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir.

Yaşlılarda düşme yaşla birlikte artmaktadır ve çoğu kez tek bir nedene bağlı olmaz. Yaşın ilerlemesiyle birlikte genellikle denge, yürüme-hareket etme (ambulasyon) ve kardiyovasküler işlevlerde bozukluklar oluşur. Postürün korunmasında rol oynayan normal homeostatik mekanizmaları tehlikeye sokan ateş, ritim bozuklukları, dehidratasyon gibi akut bir hastalık, yeni başlanan bir ilaç, yabancı bir çevre veya emniyetsiz bir yüzeyde bulunma gibi herhangi bir değişiklik düşmeyi tetikleyebilir. Tamamen hareketsiz durumdaki bireylerde pek çok kolaylaştırıcı faktöre karşın düşme riski olmayabilir. Aceleci mizaçlılarda veya bir miktar düşkünlüğü olup da postür kontrolünde karşılaştıkları önemsiz tehditlerle başedemeyenlerde ise risk artabilir. Daha önce düşenler ikinci kez düşmeye daha yatkındırlar. Düşerek kalçası kırılmış olanlarda tekrar kalça kırığı riski artmıştır.

Çeşitli araştırmaların sonuçlarına göre başlıca düşme risk faktörleri şunlardır.

### **Düşme Risk Faktörleri**

Geçmişte düşme öyküsü	Depresyon
Kas güçsüzlüğü	Denge sorunları
Yürüme bozukluğu	Psikotropik ilaç kullanma
Yürüme desteği kullanma	Artrit
Görme kusuru	İnme öyküsü
İleri yaş (> 80)	Ortostatik hipotansiyon
Kadın olma	Baş dönmesi
Bilişsel bozukluk	Anemi

**Kişinin risk faktörü sayısı çoğaldıkça düşme riski artmaktadır.**

#### **Yaşlılarda Düşme Nedenleri**

##### **Kişiyeye Özel**

1. Genel: Azalmış postüral kontrol, anormal yürüyüş, güçsüzlük, görme bozukluğu, Azalmış reaksiyon zamanı
2. Özel: Artrit, serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı, katarakt, retina dejenerasyonu, Meniere hastalığı, göz kararması, senkop, karotis sinüs hipersensitivitesi (dev hücreli artrit ile birlikte), hipoglisemi, postural hipotansiyon, kardiyak aritmi, epilepsi Vertebro baziler yetersizlik, ilaçlar ( Sedatifler, hipotansif ajanlar, antidiyabetikler, Alkol)

##### **Çevresel**

Kaygan yüzeyler, kötü hava, kötü aydınlatma, alışılmamış merdiven ve yer döşemeleri, yerde takılacak oyuncak ve eşyaların bulunması, banyo ve tuvaletlerde tutamakların bulunmaması vb.

Yaşlanmayla birlikte vücutta meydana gelen değişimler yaşlının yaşama ve çevre koşullarına uyumunu azaltmaktadır. Uyum geliştirmedeki bedensel ve ruhsal kısıtlılıklar düşme riski, kazalar ve bunlara bağlı sakatlık ve ölüm oranını artırmaktadır. Bu nedenle yaşlının ortama değil, çevre ve yaşama koşullarının yaşlıya uydurularak, yaşam kalitesinin artırılması planlanmalıdır. Yaşlı nüfusun; günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olması, düzeylerinin artırılması sosyal

yaşamın dışında değil, sosyal yaşamın bir parçası olması için; yaşadığı ortamlar ve çevrede bir takım düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Çünkü yaşlılarda düşme en sık yaralanma nedenidir.

Türkiye’de yaralanmaların çoğunluğunun evde meydana geldiği; kazaların oluş nedenleri incelendiğinde büyük kısmına bilgisizlik, tedbirsizlik, ihmal gibi önlenemez insan hatalarının sebep olduğu görülmüştür. Oysa evde yapılacak küçük düzenlemeler ve destekler ile kazalar ve bunlara bağlı yaralanmaların önemli ölçüde azaltılacağı belirtilmektedir. Yaşlı güvenliğinde en önemli koruyucu uygulamalardan biri, yaşa bağlı ortaya çıkan fizyolojik yetersizlikleri gidermeye yönelik **yardımcı araçların** (işitme aygıtı, gözlük, baston vb.) sağlanmasıdır. Gözlüklerin camları çizik, kırık olmamalı, temiz olmalı ve çerçevesinin burun üzerine, sapının kulak arkasına tam olarak oturması sağlanmalıdır. Baston, tripod (üç ayaklı baston) ve yürüteç gibi kullanılacak destekler, vücut ağırlığının bir kısmını alır yer ile temas yüzeyini genişletir ve dengenin sağlanmasında, düşmelerin önlenmesinde çok yararlıdır. Bu nedenle yaşlıların sağlık durumlarına göre devamlı ya da yürüyüşlerde ve alışverişlerde bu destekleri kullanımı çok önemlidir. Bu desteklerin elle tutulan bölümleri avuç içine yerleşebilir nitelikte, gövdesi sağlam, uç kısımları kaymayacak maddeden yapılmalıdır. Diğer uygulama ise evde kazalara yol açabilecek koşulların belirlenerek ortadan kaldırılmasıdır.

Yaşlı ve birlikte yaşadığı bireyler yaşanan ortamda, düşmeye neden olacak ne kadar risk faktörü olduğunun farkında olmayabilir. Bu amaçla güvenlik listelerinden faydalanabilir. Güvenlik listesi evin bir köşesine asılarak yaşlının ve çevresindekilerin bu konuda bilinçlendirilmesi ve belli aralıklarla gözden geçirilmesi sağlanmalıdır. Böylece birçok kaza nedeninin önceden belirlenmesi ve giderilmesine yardımcı olunabilir. Sık tekrarlayan düşme eğilimini azaltmak için çevre düzenlemeleri yapılmalıdır. Benzodiazepin, uyku ilaçları, nöroleptikler, depresyon ilaçları, antikonvülanlar gibi yüksek riskli ilaçlar belirlenmeli, 4 veya daha fazla ilaç kullanımı söz konusu ise mümkünse ilaç sayısı ve dozları tekrar değerlendirilip azaltılmalıdır. Görme keskinliğinde, algılama derinliğinde ve kontrast duyarlılığında azalma ve katarakt varsa göz doktoru ile konsulte edilmeli, göz kamaştırmayacak düzeyde aydınlatma sağlanmalıdır. Postüral hipotansiyon (sırtüstü pozisyonda yattıktan veya oturur pozisyonundan kalkışlarda) söz konusu ise altta yatan sebebin tanısı ve tedavisi, mümkünse ilaçların azaltılıp tekrar değerlendirilmesi, tuz kısıtlaması ya da yeterli hidrasyon, kompensatuar stratejiler (yatak başının kaldırılması, yavaş kalkma ya da ayak dorsofleksiyon egzersizleri), basınç çorapları tavsiye edilmeli, bunlar yeterli olmazsa medikal tedaviye geçilmelidir. Senkop, anormal EKG bulguları ve bilinen kalp hastalığı söz konusu ise kardiyoloji uzmanlarına danışılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

### **Güvenlik Listesi**

- Acil telefon numaraları (ambulans, yangın vb.) her telefona yapılandırılmalıdır.
- Rakamları kolayca seçilen telefonlar tercih edilmelidir.
- Mümkünse telefonlar her odaya yerleştirilmelidir. Düşme durumunda yerden uzanabilecek mesafede olmalıdır.
- Kapı kolları içerden kolay açılmalı, güvenlik açısından dışardan kolay açılmaya izin vermeyecek şekilde olmalıdır.
- İlaçlar güvenli, direkt ışık almayan serin yerlerde ve kendi kutularında tutulmalıdır.
- Yanlış ilaç kullanımının engellenmesi amacıyla ilaç kutularının üzerine çeşitli uyarıcılar yazılmalıdır.
- Zemine kayabilecek özellikte olan halı, kilim vb. serilmemelidir.
- Halı, kilim vb. kenarları takılıp, düşmeye ve kaymaya yol açabilecek biçimde veya kıvrılmış durumda olmamalıdır.
- Aydınlatma için kullanılan aletler temiz ve iyi durumda olmalıdır.
- Elektrik, telefon vb. kablolar açıkta ve takılmaya, düşmeye yol açabilecek biçimde olmamalıdır.
- Yangın riskine neden olabilecek elektrik kablolarının üzerine aşınma ve zedelenmeye yol açacak eşya konmamalıdır.
- Elektrik fiş ve prizleri (topraklı) geceleri acil durumlarda kolayca görünebilecek özellikte (ışınımlı, ışıklı vb.) olmalıdır.
- Elektrik kabloları mutfak, banyo gibi su kullanılan alanlarda elektrik çarpmasını önleyici özellikte olmalıdır.
- Mümkünse ev ya da çalışma alanlarında yangın alarmı kullanılmalıdır.
- Ev zemini, özellikle ıslak alanlar kolayca kayabilecek materyalden yapılmamalıdır.
- Evlerde çocuk oyuncakları, bilyalar, kolayca yuvarlanarak kaymaya yol açabilecek malzemeler ortalıkta bırakılmamalıdır.
- Kullanılmayan, fazlalık yada dağınıklık yapan eşyalar mümkün olduğu kadar azaltılmalıdır.
- Yaşlıların yatakta sigara içmesi engellenmelidir.
- Küllükler derin ve çok az miktarda su konulmuş olmalıdır.
- Ayak tabanı kaydırmaz terlik ya da ayakkabı giyilmelidir.
- Yangın merdiveni ya da acil çıkış kapıları olmalıdır.

Ayrıca düşmelerden korunmak için uyarı işaretleri konulabilir. Düşme; genellikle, bir eşyaya takılmak, yerden bir cisim eğilerek almak, uzanmaya çalışmak, bir eşya üstünde denge kaybı ve kayma şeklinde olabilmektedir.

Yaşlılık döneminde olan bir aile veya kişinin konut ihtiyacı daha genç aile veya kişinin ihtiyacından farklılık göstermektedir. Bu amaçla merdiven, antre, mutfak, oturma odası, yatak odası ve banyo-tuvalet gibi mekanlara özgü düzenlemeler aşağıda belirtilmiştir.

### **Konut İçi Düzenlemeler**

- Kapı genişlikleri en fazla 100cm, en az 80cm olmalıdır. Bütün kapılar eşiksiz olmalıdır. Kapı üzerlerinde kavraması kolay tutma kolları bulunmalıdır. Apartman giriş sahanlıkları; yeteri kadar aydınlatılmış olmalıdır.
- Posta kutusu, kapı zili ve elektrik düzeneğine ilişkin her türlü düğme ve priz yerden en fazla 90-100cm yükseklikte olmalı.
- Karanlıkta görülecek fosforlu düğmeler tercih edilmelidir.
- Asansör kabini minimum 110 x 140cm ölçülerinde ve kolaylıkla ulaşılabilir mekanlarda olmalı, konulmamalıdır.

### **Antre**

- Mobilyalar, yaşlıların düşme ve çarpma riskini azaltmak için duvarlar boyunca ve alanın köşesine yerleştirilmelidir.
- Yaşlı bireyin dinlenmesine olanak sağlamak amacıyla kapıya yakın olarak yerleştirilmiş bir oturma yeri bulunmalıdır.
- Elbiselerini ve bastonu asmak için kolay ulaşılabilen farklı yükseklikli askılar olmalıdır.

### **Merdivenler**

- Merdivenlerin başında ve sonunda elektrik düğmeleri olmalıdır. Mümkünse hareketli cisme duyarlı (sensörlü) lambalar kullanılmalıdır.
- Basamaklar eşit aralıkta ve yükseklikte olmalı ve takılmaya neden oluşturacak çıkıntılar ve uygunsuz basamak uygulamaları (döner merdiven) olmamalıdır.
- Tutamaklar ve uzun merdivenlerde dinlenmek için sahanlık olmalıdır.
- Merdivenlerin basamak yüksekliği 14cm, basamak uzunluğu ise 28-30cm'yi geçmemelidir.
- Basamaklarda kaymayan malzemeler kullanılmalı,
- Görme derinliğinde algılama bozukluğuna yol açacak desenli döşemeler halı ve kilimler kullanılmamalıdır.

### **Mutfak**

- İyi aydınlatma ve havalandırma/baca olanağı bulunmalıdır.
- Çalışma tezgahı yeterli yükseklikte ve uzunlukta olmalı. Mutfak dolabının

raf yüksekliği, alta bir şey koymadan uzanabilmek için, maksimum 150cm olmalı, ideali 140cm olmasıdır. Alt dolapların minimum raf yüksekliği 40cm'dir. Tekerlekli sandalye kullanan yaşlılar için tezgah altı sandalyenin girmesi için boş olmalıdır.

- Masa ayakları düşme ve takılmaları engellemek için dışarıya çıkıntılı olmamalıdır. Masaların kenarları keskin olmamalıdır.
- Kullanılan ocak, şofben gibi araçların düğmelerinin açık ve kapalı konumları belirgin olmalı, rahat görülebilmelidir.
- Mutfakta kullanılan elektrikli araçların kabloları lavaboya veya ocağa yakın olmamalıdır. Ocak ve fırınların yakınında kolayca tutuşabilecek maddeler ve cisimler olmamalıdır.
- Doğal gaz kullanılıyorsa alev ya da arıza anında otomatik gaz kesim sistemi olmalıdır.

### **Yatak Odası**

- İyi aydınlatma ve havalandırma olanağı bulunmalıdır.
- Yatak odası, banyo ve tuvalet birbirine yakın planlanmalıdır.
- Sık kullanılan giysi ve eşyalar ulaşılabilir yerlerde bulunmalı, tabure/sandalye üzerine çıkmadan kolaylıkla ulaşılabilir.
- Elbise dolaplarının kapaklarında, kavraması kolay kulpların kullanılması ve kapakların açılmasıyla otomatik yanan lambalar tercih edilmelidir.
- Yatak odası mobilyaları yaşlının tekerlekli sandalye, koltuk değneği ya da bastonu ile rahatça dolaşabileceği şekilde düzenlenmelidir.
- Yataktan kolay ulaşılan mesafede; yatak başı lamba, telefon, bardak, ilaçlar gibi önemli maddeleri koyabilecek küçük sabit masa/ komidin olmalıdır.

### **Oturma Odası**

- Mobilyalar; mekan geniş, ferah olacak şekilde yerleştirilmelidir.
- Mobilya döşemeleri kolay yanmayan, kaygan olmayan kumaşlardan yapılmalı, canlı renkler kullanılmalıdır.
- Sandalye ve kanepeler sağlam ve güvenli olmalı, çok yüksek ya da çok derin olmamalı, kolaylıkla kalkılabilmelidir.
- Elektrik kabloları yürünen alanlarda olmamalı, kenarlarda ve sabitlenmiş olmalıdır.
- Sehpa ortada durmamalı, koltuklar arasına yerleştirilmelidir.
- Halılar kaygan, kenarı düşmeye neden olacak şekilde kalkık, kıvrık olmamalı, görme derinliğini yanıltacak karışık desenli olmamalıdır.

### **Banyo ve Tuvalet**

- Tuvalet, duş ve banyo küveti yakınında tutunma barları bulunmalıdır. Tutunma kolları duvarda yatay eksende iyi sabitlenmiş olmalıdır. Tutunma barlarının çapı 4-5cm olmalı ve zeminden 90-100cm yükseklikte yerleştirilmelidir.
- Giriş ve çıkışlarda düşmelere neden olabileceğinden küvetten kaçınılmalıdır. Oturaklı duş sistemi tercih edilmelidir.
- Armatürler kolay açılır kapanır özellikte olmalıdır.
- Elektrikli aletler kullanılmadığı zaman fişleri prizden çıkarılmalıdır.
- Banyoda havalandırma sistemi ve sıcak kaynağı güvenliği olmalıdır.
- Banyo dolapları ve havalandırma sistemleri eşya üzerine çıkmada, ulaşılabilir yükseklikte değildir.
- Banyo kapısı mekanı daraltmamak için dışarıya açılmalıdır
- Banyo zemini kaymaz, ışık ile parlamayan özellikli malzemeden yapılmalı ve döşemeler ıslak bırakılmamalıdır.
- Zemin ile duvar rengi kontrast oluşturacak şekilde farklı renklerden yapılmalıdır.
- Kaymayan terlikler kullanılmalıdır.

Yaşlılarda kıyafet seçiminde de özen gösterilmeli, etek boyları ve kol boyları uzun, geniş, iş yaparken takılmaya neden olacak şekilde olmamalı, rahat, vücudu çok sıkı sarmayan pamuklu kumaştan yapılmalıdır. Ayakkabılar hafif materyalden, ortopedik ve altı kaymayacak şekilde olmalıdır.

## ÖZET VE DEĞERLENDİRME

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak dersin özet ve değerlendirmesini yapar.*

1. Yaşlılarda kazalar ve düşmeler neden önemlidir?
2. Düşme ve kazalar için risk faktörleri nelerdir?
3. Risk faktörlerini azaltmak için kişisel önlemler nelerdir?
4. Evde alınabilecek önlemler nelerdir? Düzenlemeler nasıl olmalıdır?

## KAYNAKLAR

1. Doğan A. Yaşlı ve Ergonomi. In: Gökçe Kutsal Y (Ed) Geriatrik Rehabilitasyon. Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Derneği Geriatrik Rehabilitasyon Çalışma Grubu Yayını, Ankara, 2010, pp: 236-251
2. Beyazova M. Yaşlılarda düşme ve korunma. In: Geriatri ve Gerontoloji. Uluslar arası Yaşlanma Enstitüsü (International Institute on Aging-INIA), Türk Geriatri Derneği ve Hacettepe Üniversitesi GEBAM yayını, 2009, Ankara pp: 269-274.
3. Doğan A. Umut ve Sağlık Dolu Uzun Yıllar Elimizde, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği Geriatrik Rehabilitasyon Çalışma Grubu ve Türk Geriatri Derneği ortak yayını, Ankara, 2010, Bölüm 11
4. Erkılıç M, Aydoğdu F, Aslan D, Gökçe Kutsal Y. Yaşlının evi ve çevresi. Türk Geriatri Derneği yayını, Ankara, 2006 <http://www.geriatri.org.tr/pdfler/yaslininEviSon.pdf> Erişim tarihi: 27.4.2010
5. Eryavuz M. Düşmeler. In: Gökçe Kutsal Y (Ed), Aslan D (Ed Yard) Temel Geriatri, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara 2007, pp: 253-260
6. Home safety check-list. fall prevention Project, Pima Council on Aging Tucson. <http://www.cdc.gov/ncipc/falls/fallprev4.pdf> Erişim tarihi: 03.08.2009.
7. Gökçe Kutsal Y. Ev Güvenliği. In: Sağlıklı Yaşlanma. Türk Geriatri Derneği yayını, Öncü Basımevi, Ankara. 2005 [http://www.geriatri.org.tr/pdfler/saglikli\\_yaslanama2005/S\\_Y\\_2005\\_25.pdf](http://www.geriatri.org.tr/pdfler/saglikli_yaslanama2005/S_Y_2005_25.pdf) Erişim tarihi: 27.4.2010
8. Güner, P. ve Güler, Ç. Yaşlıların Ev Güvenliği ve Güvenlik Listesi, Turkish Journal of Geriatrics 2002, 5 (4): 150-154.



# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

8

## YAŞLILIKTA TÜKETİCİ BİLİNCİ

*Müberra BABAÖĞUL  
Betül SÜRGİT  
Betül YILDIRIM*



## **KONU : YAŞLILIKTA TÜKETİCİ BİLİNCİ**

**SÜRE** : 45 dakika x 2

**AMAÇ** : Yaşlılara tüketici olarak karşılaştıkları sorunlar ve çözüm yolları konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Tüketim ve tüketiciyi tanımlayabilmeli,
- Evrensel tüketici haklarını sayabilmeli,
- Tüketicinin korunması ile ilgili yasayı söyleyebilmeli,
- Yaşlılık, yaşlanma ve yaşlı tüketiciyi tanımlayabilmeli,
- Yaşlı tüketicilerin özelliklerini sıralayabilmeli,
- Yaşlılık dönemine ilişkin tüketimle ilgili ortaya çıkan sorunları söyleyebilmeli,
- Yaşlıların karşılaştıkları sorunlara yönelik çözüm yollarını sayabilmeli,
- Bilinçli bir tüketicinin göstermesi gereken davranışları sıralayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Örnek olay anlatımı
- Soru-Cevap
- Kısa film gösterimi

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası, kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Afiş, broşür

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, tüketim ve tüketicilerle ilgili ilgi çekici karikatürler bulur ve katılımcılara dağıtır, karikatürlerin bir örneklerini de tahtaya asar. Daha sonra katılımcılara karikatürleri dikkatle incelemelerini söyler ve karikatürlerin ne ile ilgili olduğuna dair görüşlerini alır. Eğitimci sorular yönelterek katılımcıları doğru çıkarımlar yapmaları için yönlendirir.*

### **Giriş**

*Eğitimci, katılımcılara satın alma eylemini nasıl planladıklarını ve neler yaptıklarını ve sorunla karşılaşmış ve karşılaşmadıklarını sorar. Birkaç kişiden görüş alır, kendi tecrübelerinden örnekler verir. Alınan birkaç cevaptan sonra tüketici olarak pek çok bilgi eksikliğimizin olduğunu, bu eksiklikten dolayı sorunlar yaşadığımızı belirterek konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, katılımcılara tüketici olarak korunduklarını düşünüp düşünmediklerini, tüketici olarak ne tür haklara sahip olduklarını sorar konu ile ilgili görüşlerini alır ve tüketici haklarını anlatır.*

**Tüketim;** mal ve hizmetlerin bir ihtiyacın giderilmesi için satın alınması ve kullanımınıdır. Tüketici ise, üretilen herhangi bir mal ya da hizmeti bir fayda elde etmek amacı ile kullanıp yok eden kimsedir. Ekonomik faaliyetlerin amacı da tüketicilerin ihtiyaçları olan bu mal ve hizmetleri üretmek ve dağıtmaktır.

Bir toplumda tüm bireyler nihai tüketicidir. Aslında tüketici bir ülke nüfusunun tamamını kapsayan bir kavramdır. Bu bakımdan “**tüketicinin korunması**” demek bir ülkede yaşayan insanların korunması demektir.

Günümüzde tüketici sorunlarının çok kapsamlı olduğu bir gerçektir. Bu sorunlar; bir ülkenin sanayileşme ve teknolojik düzeyine, yatırım, üretim, tüketim, dağıtım, fiyat, ihracat ve ithalat gibi ekonomik politikalarına; istihdam, ücret, eğitim, sağlık, kültür gibi sosyal politikalar ile o ülkenin siyasal politikalarına, toplumsal ve demokratik ve gelişmişlik düzeyine bağlı olarak değişiklik gösterir. Bu sorunların varlığı “**tüketici hakları**” kavramının doğmasına neden olmuştur.

Bu haklar ilk kez 15 Mart 1962’de ABD’de eski başkan J.F.Kennedy tarafından Temsilciler Meclisine sunulan raporda yer almış ve daha sonra A.E.T. Konseyi tarafından 14 Nisan 1975’de “Evrensel Tüketici Hakları” olarak tüm dünyaya ilan edilmiştir.

#### **Bu haklar;**

1. Temel gereksinimlerin giderilmesi hakkı
2. Güvenlik ve güven duyma hakkı
3. Mal ve hizmetlerin serbestçe seçilmesi hakkı
4. Bilgi edinme hakkı
5. Eğitilme hakkı
6. Tazmin edilme hakkı
7. Sesini duyurma (temsil) hakkı
8. Sağlıklı bir çevreye sahip olma hakkı

*Eğitimci, bu hakları bir kez de tahtada asılı afiş üzerinden göstererek (katılımcılarında yüksek sesle tekrar etmesini sağlayacak şekilde) yineler.*

Tüm dünya tüketicileri ile birlikte ülkemiz tüketicilerinin de sahip olduğu bu haklar ülkemizde yasalarla da korunma altına alınmıştır.

**1982 Anayasası'nın 172. maddesinde “devlet tüketicileri koruyucu, aydınlatıcı tedbirleri alır ve tüketicilerin bu konuda kendilerini koruyucu girişimlerini de teşvik eder” denilmektedir.**

Bu noktadan hareketle tüketicinin;

- Sağlık ve güvenliğini korumak
- Ekonomik çıkarlarını korumak,
- Tüketicileri aydınlatmak ve eğitmek,
- Zararlarını tazmin etmek,
- Çevresel tehlikelerden korunmasını sağlayıcı önlemleri almak,
- Tüketicilerin kendilerini koruyucu girişimlerini özendirme,
- Bu konudaki politikaların oluşturulmasında gönüllü örgütlenmeleri teşvik etmek

amacıyla 08.03.1995 tarihinde “**4077 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun**” çıkarılmıştır. Bu kanun ile ayıplı mal ve hizmetler, aldatıcı reklam, değişik satış türleri (kapıdan satışlar vb.), tüketici kredileri gibi günlük yaşamda her zaman karşılaşmakta olduğumuz sözleşmeler tüketici hakları çerçevesinde ve tüketicilerin korunması amacı doğrultusunda düzenlenmiş bulunmaktadır.

### **Yaşlılık, Yaşlanma ve Yaşlı Tüketiciler**

Son yıllarda tüketici pazarlarındaki en önemli değişim yaşlı nüfusun artışıdır. Bu artışın en önemli nedeni ölümlerdeki azalmadır. Tüm dünyada genç nüfus giderek azalmaktadır ve beklenen yaşam süresi uzamaktadır. İnsanlar sadece altmış beş yaşına ulaşmamakta, daha da fazla yaşamaktadırlar.

Yaşlanma doğumdan ölüme kadar bir büyüme ve gelişme sürecidir. Yaşlılık ise doğal seyreden yaşam sürecinde doğum ile ölüm arasındaki en son aşamadır. Başka bir deyişle yaşlılık zaman faktörüne bağlı olarak kişinin değişen çevre koşullarına uyum sağlama gücü ve organizmanın dış ve iç etkenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması böylece yaşlanma ile ölüm olasılığının yükselmesidir

*Eğitimci, yaşlılık hangi yaşta başlar veya hangi yaştaki kişi yaşlıdır diye katılımcılara sorar ve aldığı farklı cevaplarla konuyu anlatmaya devam eder.*

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

Dünyadaki hızlı değişimle birlikte yaşlı nüfusun artması, işletmelerin ürettiği ürün ve hizmetleri ve bunların pazarlama biçimlerini de değiştirmektedir. Bu değişimle birlikte farklı bir tüketici kitlesi ortaya çıkmakta ve yeni pazar fırsatları oluşmaktadır. İstatistiklere göre bugün dünya üzerinde yaşayan her 10 kişiden biri yaşlı yani altmışbeş yaşın üzerindeki bireylerdir.

Yaşlı tüketiciler, pazardaki önemli müşteri gruplarından birini oluşturmakta ve “**Gümüş Pazar**” olarak adlandırılmaktadır. Yaşlı tüketici kavramı yeni ortaya çıkmış değildir. Algılama, tutum ve tüketim davranışları bakımından farklılık gösteren, altmış yaşından hayatın sonuna kadar olan ihtiyarlık dönemini de kapsayan tüketiciler grubuna **yaşlı tüketici** denilmektedir.

*Eğitimci, katılımcılara “yaşlılar tüketici olarak nasıl davranırlar bu konuda örnekler verebilir misiniz” diye sorar ve daha sonra; “gördüğümüz gibi yaşlılara özgü bazı davranış biçimleri vardır” diyerek konuya döner.*

### **Yaşlı Tüketicilerin Genel Özellikleri**

Özel tüketici grupları kapsamında incelenen yaşlı tüketiciler davranışları açısından diğer tüketici gruplarına göre farklılık göstermektedirler.

- Alışveriş yaşlı tüketicilerin hayat tarzının bir parçasıdır ve bir yükten ziyade bir zevktir.
- Yaşlı tüketicilerin hayatlarının faydalı ve yaşanabilir olduğunu hissetmelerini sağlayacak yeni ürünlere ve hizmetlere ihtiyaçları vardır. Bu yeni ürünler ve hizmetler maddi ve fiziksel bağımlılık korkusunu azaltacak özelliklere sahip olmalıdır.
- Yaşlı tüketiciler, marka isimlerine daha tutucu bir şekilde önem vermektedirler. Bunlar diğer tüketicilere kıyasla özel ve yenilikçi markalara daha az itibar etmekte ve daha çok, garanti ve kullanım kolaylığı, ürünün geçmiş, güvenilirliği üzerinde durmaktadırlar.
- Konfor-kolaylık, yaşlı tüketiciler için büyük önem arz etmektedir. ATM’leri gençlere oranla daha az kullanmakta kredi kartlarını ise ortalama tüketiciye göre daha çok tercih etmektedirler.
- Zincir mağazaları tercih ederler.

- Yaşlı tüketicilerin ürün ve hizmetlerle ilgili kullandıkları bilgi kaynakları yazılı ve görsel medya ve alışveriş sırasındaki gözlemleridir.
- Yaşlı tüketiciler, hareketlilik ve araba gibi imkânlardan yoksun olmaları nedeniyle konutları civarından alışveriş yapmayı tercih ederler.
- Emniyet ve güvenlik, yaşlı tüketicilerin satın alma kararlarının merkezidir.
- Modanın yerine rahatlığı ararlar.
- Yaşlı tüketiciler için kullanım kolaylığı ve ürüne erişim ürünün kendisi kadar önemlidir.
- Satın alma deneyimleriyle yaşlı tüketiciler kendi alışveriş çizgilerini kazanmışlardır. Satın aldıkları ürünlere ve onları satan kişilere güvenmezlerse, onların müşterisi olmak istemezler. Bununla birlikte, genç tüketicilere göre yaşlı tüketiciler satış elemanlarına daha fazla güvenirler.
- Yaşlı tüketiciler haftada bir alışveriş yapmakta ve alışverişe çoğunlukla hafta sonu ve sabah çıkmaktadırlar. Alışverişini bu zamanda yapmanın nedeni mağazanın bu zamanda sakin olması ve yine bu zamanda alışverişe daha çok zaman ayırabilmeleridir.
- Yaşlı tüketiciler fiziksel olarak yavaş hareket ettiklerinden ve alışverişlerinde güven faktörü önemli olduğundan aldıkları ürün ve hizmetten emin olmak isterler. Bu nedenle de sakin bir alışveriş ortamını tercih ederler. Buna bağlı olarak alışveriş süreleri daha uzundur. Dolayısıyla yaşlı tüketicilere karşı bir zaman baskısı oluşturulmamalıdır.

*Eğitimci, katılımcılara satın alma faaliyetleri kapsamında ne tür sorunlarla karşılaştıklarını sorar yanıtları aldıktan sonra bu sorunları gruplayacak biçimde anlatıma devam eder.*

### **Yaşlı Tüketicilerin Sorunları**

Yaşlılık döneminde önem kazanan ve incelenmesi gereken konulardan biri de yaşlıların satın alma sırasında karşılaştıkları sorunlardır. Çünkü yaşlılar pazardaki tutumları, görüşleri ve deneyimleri ile nüfusun diğer bölümleri kadar değişiklik gösteren, tüketim kararlarını kendileri veren bireylerdir.

Yaşlı tüketicilerin karşılaştıkları bu sorunlar; yaşlı bireyin fiziksel ve zihinsel sınırlılıklarından kaynaklandığı gibi pazarın işleyişindeki yetersizliklerden de kaynaklanabilir.

### **Fiziksel ve Zihinsel Sınırlılıklar Nedeniyle Ortaya Çıkan Sorunlar;**

Fiziksel gücün ve bağıışıklığın azalması, duyuların zayıflaması ya da kaybı, eklem romatizması nedeniyle el, parmak ve eklemlerin rahat hareket ettirilememesi,



Felç, doku sertleşmesine bağlı olarak hareketlerde meydana gelen yavaşlama ve bu nedenle bir işi yapmak için gereken hareket sayısının artması, Zihinsel süreçlerde meydana gelen algılama, kavrama ve koordinasyonda güçlükler vb. sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorlanmaları ve çevrelerine daha bağımlı hale gelmeleri,

İşten ayrılmaları ve emeklilik dönemine girmeleri ile birlikte gelir düzeylerinde ortaya çıkan azalma,

### **Pazarın İşleyişindeki Yetersizliklerine Bağlı Sorunlar;**

Piyasada üretilen çok çeşitli mal ve hizmet arasından seçim yapmalarını ve uygun fiyatta, kaliteli ürün bulabilmelerinin zorlaşması,

Üreticilerin, yaşlıların vücutlarında olan değişiklikleri ve ihtiyaçlarını dikkate almadan üretim yapmaları,

Mağaza içi düzenlemelerde yaşlılıkla ortaya çıkan bu değişikliklerin dikkate alınmaması,

Mağaza personelinin tutum ve davranışları da yaşlıların giyim, gıda, dayanıklı tüketim malları vb. çeşitli mal ve hizmetleri satın alırken farklı sorunlarla karşılaşmalarına neden olabilmektedir. Karşılaşılabilecek bu sorunlardan birçoğu tüm yaş grupları için söz konusu olmakla beraber, yaşlıların özel durumları nedeniyle onlar için daha fazla önem kazanmakta olup, diğer tüketici gruplarına göre de daha fazla sorun yaşamalarına yol açmaktadır.

*Eğitimci, gıda tüketimi ve satın alma ile ilgili katılımcıların ne tür sorunlar yaşadıklarını ve pazardan neler beklediklerini sorar ve tartışmaya açar.*

Bu sorunları mal ve hizmet grupları itibarıyla gruplamak gerekirse ortaya şöyle bir tablo çıkmaktadır (giyim gıda vb.).

### **Gıda Maddelerini Satın Alırken Karşılaştıkları Sorunlar**

Yaşlılıkta yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı yaşamın ve sürdürülmesinde beslenme önemli bir role sahiptir.

Yaşlı tüketiciler gıda maddelerini satın alırken, çeşitli sağlık sorunları ve fiziksel yetersizliklerin ortaya çıkması, pazara sunulan gıda maddeleri hakkında yeterli bilgiye sahip olamama gibi nedenlerle; istedikleri özel diyet ürünlerini veya markaları bulamamakta, aradıkları gıda maddelerini bulsalar bile çok çeşitli

olması nedeniyle kalitesini ve güvenilirliğini ayırt etmekte zorlanabilmektedirler. Ayrıca yaşlılar farklı sağlık sorunları nedeniyle büyük ebatlardaki gıda maddelerini taşımakta ve ambalajlarını açmakta, alt raflardan veya donduruculardan gıda maddelerini alırken uzanmakta, eğilmekte, etiket bilgilerinin (üretim ve son kullanma tarihi, gıda maddeleri hakkındaki bilgiler, içerikleri, kullanım şekli, saklama koşulları vb.) açık, anlaşılır ve büyük harflerle yazılmamış olması nedeniyle okumakta güçlük çekebilmektedirler.

*Eğitimci, giyim satın alma ve tercihleri ile ilgili katılımcıların ne tür sorunlar yaşadıklarını ve pazardan neler beklediklerini sorar ve tartışmaya açar.*

### **Giyim Eşyalarını Satın Alırken Karşılaştıkları Sorunlar**

Vücutlarındaki fiziksel değişiklikler nedeniyle pek çok yaşlı, işlevsel olmasının yanında vücutlarına uyan, kullanımı rahat ve şık kıyafet bulmakta oldukça zorlanmaktadır. Çünkü günümüzde pazara daha çok genç insanların tercihleri doğrultusunda standart ölçü ve modellerde giyim eşyaları sunulmaktadır.

Bu durumda yaşlı bireyler, istedikleri renk, ölçü ve modelde giyim eşyası bulamamakta, mevcut olan giyim eşyalarını satın alırken ise fiziksel hareketlerdeki yetersizliklerinden dolayı giyip çıkarmada güçlük çekebilmektedirler.

Tüm bunların yanı sıra giyim eşyaları üzerindeki etiket bilgilerinin yaşlıların okuyabileceği şekilde büyük harflerle yazılmaması, fiyatlarının yüksek olması ve özel indirimlerin yapılmaması yaşlıların giyim eşyası satın alırken karşılaştıkları diğer sorunlar arasında yer almaktadır.

*Eğitimci, dayanıklı tüketim mallarını satın alma ve kullanımı ile ilgili katılımcıların ne tür sorunlar yaşadıklarını ve pazardan neler beklediklerini sorar ve tartışmaya açar.*

### **Dayanıklı Tüketim Mallarını Satın Alırken Karşılaştıkları Sorunlar**

Yaşlı bireylerin hayatı kolaylaştıracak, pratik ve rahat kullanılabilir araçlara diğer insanlara oranla daha fazla ihtiyaçları vardır. Çünkü yaşlılık döneminde yalnız veya eşi ile birlikte yaşayan yaşlılar; temizlik yapma, çamaşır yıkama, yemek hazırlama vb. günlük faaliyetlerini yerine getirirken fiziksel yetersizlikler ve olabilecek çeşitli sağlık sorunları nedeniyle zorlanabilmektedirler.

Bu nedenle basit düzeneklere sahip, kullanımı, bakımı ve temizlenmesi kolay ve emniyetli olan yardımcı araçlara ihtiyaç duyabilmektedirler. Fakat ihtiyaç duyulan

araçların kullanım mekanizmalarının karmaşık olması, kolay alınabilecek, tutulabilecek, daha az güç ve hareketle kullanılacak şekilde alet ve araçların dizayn edilmemesi, etiket bilgilerinin büyük harflerle yazılmaması, yaşlıların bu araçları kullanırken güçlük çekmelerine neden olabilmektedir.

*Eğitimci, katılımcıların çeşitli mal ve hizmetleri satın alma işlemini netür mağazalarda yaptıklarını sorar. Büyük alışveriş merkezlerine ve büyük süpermarketlere gittiğini belirtenlere “Oralarda ne tür sorunlar yaşıyorsunuz?” sorusunu yöneltir ve sorunlara vurgu yaparak mağaza düzenlemeleriyle ilgili karşılaştıkları sorunları anlatmaya geçer.*

### **Mağaza Düzenlemeleri İle İlgili Karşılaştıkları Sorunlar**

Pazarlama faaliyetlerinin önemli bir bölümünü oluşturan mağaza içi düzenlemeler yaşlı bireylerin satın alma sırasında çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmalarına sebep olan önemli faktörler arasındadır.

#### **Yaşlıların satın alma sırasında sorun yaşamasına neden olan mağaza içi faktörler şu şekilde sıralanabilir**

- Mağazanın çok büyük olması,
- Merdivenlerin çok dik ve dar olması,
- Tırabzanlarının olmaması,
- Yürüyen merdiven ve asansörlerin düzenlenmemesi veya bu yerlere ulaşım için çok yol katedilmesinin gerekmesi
- Yaşlıların yorulduklarında dinlenebilecekleri alanların ve odaların oluşturulmaması,
- Yaşlılar için düzenlenmiş özel bölümlerin ve satın aldıkları eşyaları koyabilecekleri yerlerin olmaması,
- Her bölümde yaşlılar için ayrı ödeme kasalarının yerleştirilmemesi,
- Mağaza içinde tuvaletlerin olmaması veya uzak olması,
- Giyinme kabinlerinin dar, oturma yerlerinin planlanmamış olması ve aydınlatmasının yetersiz olması,
- Kabinlerdeki elbise asma yerlerinin çok yüksek olması nedeniyle rahatlıkla uzanamama,
- Tezgâh ve rafların gereğinden fazla yüksek veya alçak olması,
- Kapıların rahatlıkla açılıp kapanmaması,
- Ağır alışveriş arabalarını itmekte zorlanma,

- Ürünlerin yerlerini gösteren işaretlerin bulunmaması veya yeterince açıklayıcı olmaması,
- Mağaza personelinin ilgili sabırlı ve nazik olmaması,
- Bir ürün hakkında bilgi istendiğinde personel tarafında yeterli açıklamaların yapılmaması ve ürünlerin yerlerinin gösterilmemesi,
- Satın alınan ürünlerin mağaza dışına taşınmasında veya ulaşım aracına naklinde yardım alamama
- Yaşlıların görme, işitme, zor hareket etme vb. sağlık sorunlarının dikkate alınmaması,
- Yerlerin parlak ve kaygan olması nedeniyle düşme tehlikelerinin yaşanabilmesi gibidir.

Bu bağlamda üretici ve satıcılara ve ayrıca yaşlı tüketicilere yönelik bazı önerilerde bulunulması yararlı olacaktır.

### **Çözüm Önerileri**

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

- Marketlerin ve alışveriş merkezlerinin yoğun olmadığı, hafta içi uygun saatlerde alışveriş yapmak tercih edilmelidir.
- Alışverişe giderken mevsim şartlarına uygun rahat bir kıyafet ve ayakkabı kullanmaya özen göstermelidirler.
- Ağır market çantalarını taşımaktan kaçınmalı, gerekirse evlerine kadar servis hizmeti veren market ya da alışveriş merkezlerini tercih etmelidirler.
- Daha sık ve daha az satın almalıdırlar.
- Unutkanlık durumlarını göz önünde bulundurarak, alışverişe çıkmadan önce bir alışveriş listesi hazırlamalıdırlar.
- Alışveriş sonrasında değiştirme ya da malın ayıplı olması halinde yasal haklarını kullanabilmeleri açısından mutlaka fiş veya fatura talep etmelidirler
- Gerekli durumlarda mağaza çalışanlarından yardım ve bilgi talep etmelidir.
- Giyim eşyası satın alırken mutlaka denemelidirler.

*Eğitimci, katılımcılara kapıdan satış yoluyla herhangi bir mal alıp almadıklarını ve bu nedenle sorun yaşayıp yaşamadıklarını sorar. Kapıdan satışlarda tüketicinin yasal haklarını anlatır.*

Yaşlı tüketiciler özellikle kapıdan satışlarda satıcılar tarafından kolaylıkla kandırılmakta ve mağdur olmaktadır. Bu nedenle kapıdan alışveriş yapmaktan kaçınmalıdır. Kapıdan satış yoluyla aldıkları bir ürünü teslim aldığı tarihten itibaren **15 içerisinde hiçbir gerekçe göstermeden reddetme haklarının olduğunu ve bu süre içinde hiçbir şekilde ödeme yapmak zorunda olmadıklarını bilmelidirler.**

*Eğitimci, katılımcılara satın aldıkları bir mal veya hizmetle ilgili satın alma sonrası herhangi bir sorunla karşılaşmış karşılaştıklarını ve sorunla karşılaştığını söyleyenlere sorunu çözmek için ne yaptıklarını sorar. Ayrıca Tüketici Sorunları Hakem Heyetlerini duymadıklarını sorar. Yasal olarak tanınan sorun çözme mekanizmalarını anlatmaya geçer.*

- Yaşlı tüketiciler, satın aldıkları ürünlerle ilgili bir sorun yaşadıkları zaman genellikle mağaza ile uzlaşma yoluyla sorunlarını çözmeye çalışmakta ve bazı durumlarda haksızlığa uğramaktadırlar. İlçe kaymakamlıklarında faaliyet gösteren “**Tüketici Sorunları Hakem Heyetleri**” kanalıyla haklarını aramalıdır.
- Hakem Heyetlerine şikayet konusunu içeren yazılı bir dilekçe ve konuya ait belgelerle (fatura, satış fişi, garanti belgesi, sözleşme vb.) ücretsiz olarak başvurabilirler. Aynı zamanda 4077 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun’da belirtilen hakları konusunda da bilgi sahibi olmalıdırlar.
- Yaşlı tüketiciler, duyularının zayıflaması ya da görme yetersizlikleri nedeniyle satın alma sırasında ürünlerdeki ayıbı çoğu zaman fark edememektedirler. Malın ayıplı olduğunu kullanmaya başlamadan önce anladıkları takdirde, teslim aldıkları tarihten itibaren 30 gün içerisinde satıcıya şikayetlerini iletmelidirler.

#### **Ayıplı mallarla ilgili tüketicinin seçimsel hakları;**

- Sözleşmeden dönme
- Malın ayıpsız misliyle değiştirilmesi
- Ayıp oranında bedel indirimi
- Ücretsiz onarım isteme
- Tazminat talep etme

*Eğitimci, konuyu özetlemek için bilinçli tüketim davranışının neler olduğuyla ilgili sınıf içi bir tartışma açar ve katılımcılarla birlikte bilinçli bir tüketicinin göstermesi gereken davranışları sıralayarak konuyu bitirir.*

## **Bilinçli Bir Tüketicinin Göstermesi Gereken Davranışlar**

### **Alışveriş Öncesi Aşama**

- Mali açıdan plan yapmalı, gereksinimini en iyi şekilde belirlemelidir,
- Alışverişlerini aceleye getirmemeli, son ana bırakmamalıdır,
- Alışverişe çıkmadan önce bir liste hazırlamalı, öncelik sırasına göre alışveriş yapmalıdır,
- Reklamlara aldanmamalıdır,
- Yeni çıkan marka ve modeli çok iyi araştırmalıdır.

### **Alışveriş Aşaması**

- Alışveriş sırasında uyanık ve bilinçli hareket etmelidir,
- Çok iyi bir piyasa araştırması yapmalıdır, İlk girdiği yerden alışveriş yapmamalıdır, aynı malın çeşitli fiyatlarla satılması mümkündür,
- Alışverişlerinde kaliteli (yerli mal ise TSE, Batı Avrupa malı ise CE markalı) malları tercih etmelidir,
- Alacağı malların etiketini mutlaka okumalıdır,
- Gereksinimine cevap verebilecek olan malı almalıdır,
- Gıda maddelerini ve ilaçları alırken, üretim ve son kullanma tarihlerine bakmalıdır,
- Açık, yani ambalajsız satılan gıda maddelerini satın almamalıdır,
- Dayanıklı tüketim malları satın alırken firmanın yaygın ve etkin bir servis ağına sahip olup olmadığını araştırmalıdır,
- İleride olabilecek arızalarda tamiri mümkün olmayan ve parçası bulunmayan cinsten malları satın almamalıdır

Alınacak eşyanın garanti belgesi, tanıtım kılavuzu, etiketi ve ambalajını iyice incelemeli, malı satın aldıktan sonra, garanti belgesini ilgili firmaya onaylatmalıdır,

- Üreticisi belli olmayan malları satın almamalıdır,
- Aldığı malı mağazada kontrol etmelidir. Mal, mağazadan çıkana kadar satıcının sorumluluğundadır, mağazadan çıktıktan sonra servis teşkilatının sorumluluğu başlar,
- Tanımadığı kişilerden ve bir daha görmesi mümkün olmayan kişilerden alışveriş yapmamalıdır,

- Kapiya gelen satıcılara itibar etmemelidir,
- İndirimli satışlara dikkat etmelidir. Fiyatın niçin düşürüldüğünü araştırmalıdır; mal modeli geçmiş, yedek parçası bulunmayan, serisi bitmiş, defolu ve bozuk olabilir,
- Garanti belgesinin neleri içerdiğini incelemelidir. Garanti yalnız parça değiştirmeyi mi içeriyor, yoksa işçilik de buna dahil mi diye araştırmalıdır.

#### **Alışveriş Sonrası Aşama**

- Dayanıklı tüketim maddelerini kullanmadan önce kullanma kılavuzunu mutlaka okumalıdır
- Alışveriş sırasında kendisine verilen makbuzları, faturaları ve garanti belgesini saklamalıdır
- Şikâyetçi olmaktan çekinmemelidir
- Sonuca ulaşmada kararlı olmalıdır
- Kötü malı sineye çekmemeli, ilgili kuruluşlara haber vermelidir

## ÖZET

*Eğitimci, yaşlılık döneminin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden farklılıkları beraberinde getirdiğini bunlara bağlı olarak yaşlıların tüketim davranışlarının da değişiklik gösterdiğini, üretici ve satıcıların sayısı giderek artan yaşlı nüfusun ihtiyaç ve beklentilerine tam anlamıyla yanıt veremediğine vurgu yaparak yaşlıların tüketici olarak pazarı etkileme gücünü artırma yönünde yapmaları gerekenleri ve bilinçli tüketim davranışlarını bir kez daha özetleyerek konuyu toparlar.*

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. Tüketici kimdir?
2. Evrensel tüketici hakları nelerdir?
3. Tüketicinin sorununu çözecek yasal mercilerin adı nedir?
4. Yaşlanma nedir?
5. Yaşlı tüketicilerin özellikleri nelerdir?
6. Yaşlı tüketicilerin satın alma sırasında mağaza düzenlemelerinden kaynaklanan sorunları nelerdir?
7. Bilinçli bir tüketici olarak yaşlı tüketicilerin göstermeleri gereken davranışlar nelerdir?

## KAYNAKLAR

1. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No. DPT : 2741, Ankara , 2007.
2. Tüketici Yazıları I-Editör Müberra Babaoğul, Arzu Şener. Hacettepe Üniversitesi Basımevi. Ankara, 2007.
3. Babaoğul M. Yaşlı Tüketiciler Pazarı ve Taraflara Öneriler. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. GEBAM Yayınları, 2007.
4. Marangoz M. Yaşlı Tüketiciler ve Yaşlı Tüketicilerin Harcama Eğilimlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Yönetim ve Ekonomi 2006; 13(1): 79- 96.
5. 4077 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/862.html>. Erişim: Nisan 2010.

**Not: Bu içerik 45 dakika x2 süreli bir eğitim için hazırlanmıştır. Eğitimci, katılımcıların düzeyine bağlı olarak süreyi uzatıp, kısaltabilir ve uygun gördüğü yerde eğitim süresini ikiye böler.**



# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

9

## YAŞLILIKTA GÖRMENİN KORUNMASI

*Yasemin ÖZDAMAR  
Kemal ÖRNEK  
Caner KARA*



## **KONU : YAŞLILIKTA GÖRMENİN KORUNMASI**

**SÜRE** : 45 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılıkta gözde ve görmede ortaya çıkan değişikliklerin neler olduğu konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu oturumun sonunda;

- Yaşlılıkta gözde ve görmede ortaya çıkan değişiklikleri sayabilmeli,
- Yaşlılıkta gelişebilecek göz hastalıklarını ve bunlara neden olan risk faktörlerini söyleyebilmeli,
- Bu hastalıklardan korunma ilkelerini sayabilmeli,
- Düzenli göz muayenesinin önemini açıklayabilmelidir.

### **YÖNTEM:**

- Anlatım
- Olgu sunumu
- Soru- Cevap

### **ARAÇ – GEREÇ:**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası, kalem ve kağıtları (Flip-chart)
- Snellen eşeli

## **ETKİNLİKLER:**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılara gözünüz sizin için ne kadar önemli diye gruba soru yönelttikten sonra katılımcılardan iki gönüllüyü ayağa kaldırır. Gözlerini kapatarak toplantı odasının kapısına kadar yürümelerini ve daha sonra hissettiklerini gruba paylaşmalarını ister.*

### **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, “Saçlarımızın beyazlaması gibi gözümüzde de yaşlanmayla ilgili değişiklikler olur.” cümlesiyle konuya giriş yapıldıktan sonra katılımcılara “Kendinizde ya da yakınlarınızda gözlediğiniz yaşlanmaya bağlı ne tür değişiklikler var?” diye sorar. Verilen cevaplardan sonra önce fizyolojik olan değişiklikler sonra da patolojik değişiklikleri vurgular.*

### **YAŞLANMAYA BAĞLI ORTAYA ÇIKABİLECEK FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER**

- Presbiyopi (Yaşa bağlı yakını görme bozukluğu)
- Gözkapağı sorunları
- Kuru göz
- Göz sulanması
- Uçuşmalar ve ışık çakmaları

*Eğitimci, bu değişikliklerin bir kısmının bazı hastalıkların başlangıç bulguları olabileceğini açıklar.*

### **Dikkate alınması gereken belirtiler**

- Göz renginde değişme
- Şaşılık
- Bakılan yerde koyu lekeler görme
- Uzak veya yakın görmeye sorun
- Çift görme
- Aşırı sulanma

- Gözde ağrı
- Kapakta şişlik
- Bulanık görme
- Gözde ya da çevresinde kızarıklık

*Eğitimci, “aranızda son zamanlarda göz muayenesi olan var mı?” diye gruba sorar. Cevapları alır. Gruptan birkaç kişiye Snellen Eşeli ile görme muayenesi yapar. Daha sonra göz muayenesi ile görme muayenesinin aynı şey olmadığını vurgulayarak göz muayenesinin nasıl yapıldığını açıklar.*

## YAŞLILIKTA EN ÇOK KARŞILAŞILAN GÖZ HASTALIKLARI

### **Göz muayenesi 4 kısımdan oluşur**

- Yakınmaların alınması
- Görmenin değerlendirilmesi ve gözlük muayenesi
- Göz tansiyonu ölçümü
- Gözün dış ve içyapılarının değerlendirilmesi

### **GÖZE PERDE İNMESİ (Katarakt)**

- Göz merceğinin bulanıklaşmasıdır.
- Altmış yaşından sonra görülme sıklığı artar.
- En önemli nedeni göz merceğinin yaşlanmasıdır.
- Diğer nedenler (ilaçlar, travma, doğuştan, şeker hastalığı, diğer göz hastalıkları vb.).

### **Belirtileri;**

- Görmede azalma,
- Göz kamaşması,
- Renkleri seçmede zorluk,
- Çift görme.

**Tedavisi,** ameliyattır.

**Korunma** çok etkili değildir. Ancak güneş gözlüğü kullanılması, sigara içilmemesi hastalığın gelişimini geciktirebilir.

## **GÖZ TANSİYONU (Glokom)**

- Görme sinirine hasar veren ve görmeyi azaltan bir hastalıktır.
- Göz tansiyonun (göz içi basıncı) yüksek olması en önemli risk faktörlerindedir.
- Görülme sıklığı göz tansiyonu yüksek olanlarda, ailesinde göz tansiyonu olanlarda ve kırk yaşından sonra artar.
- Sinsi bir hastalıktır, genellikle belirti vermez.
- Çoğunlukla ya hastalığın son döneminde ya da başka nedenle gidilen göz muayenesi sırasında tanı konulur.
- Tanısı göz muayenesi, göz tansiyonun ölçümü, görme sinirinin değerlendirilmesi, göz açısının incelenmesi, görme alanı muayenesi ile konur.
- Hastalığın ilerlemesi tedavilerle kontrol altına alınır ama tümüyle ortadan kaldırılamaz.

### **Tedavi**

- İlaç tedavisi
- Lazer tedavisi
- Ameliyat
- Düzenli kontrol çok önemlidir. Kırk yaşın üzerinde ve aile hikayesi olanlara yılda bir kez göz muayenesi önerilir.

## **OLGU SUNUMU**

**Emekli öğretmen Ayşe Hanım altmış beş yaşındadır. Son haftalarda kişilerin yüzlerini bulanık, zaman zaman cisimleri çarpık görmesine rağmen, tansiyonundan kaynaklanan geçici bir durum olduğunu düşünerek göz doktoruna başvurmamış. Görmesindeki azalma aylar içinde ilerleyip yüzleri seçememe noktasına geldiğinde başvurduğu göz doktorundan tedaviye geç kaldığını öğrenir.**

**Eğitimci, vaka çalışması ile ilgili gruba sorular sorup cevapları alır.**

- Ayşe Hanımın kendi sağlığı ile ilgili yaptığı yanlış davranış nedir?
- Siz olsaydınız nasıl davranırdınız?

**Eğitimci daha sonra konuyu anlatmaya başlar.**

### **SARI NOKTA HASTALIĞI (Yaşa Bağlı Makula Dejenerasyonu)**

- Hastalık merkezi görmeyi sağlayan makula (sarı nokta) bölgesini etkiler.
- Hastalığın başlangıcında belirtisi yoktur, ilerleyince farkına varılır.
- İlerleyen dönemde çarpık görme, bakılan yeri net görememe gibi belirtiler ortaya çıkar.
- Gerçek nedeni bilinmemektedir.
- Yaşlanma, sigara, güneş ışığı, yüksek kolesterol, hipertansiyon, kalıtım risk faktörleri arasındadır.
- Tanısı göz muayenesi ve bazı tanı araçları ile konulur (göz anjiyosu, göz tomografisi, ultrason vb).

#### **Tedavi**

Tedavisi zordur. Öncelikle hastalığın ilerlemesini durdurmak gerekir. Tedavide lazer tedavisi, ilaç tedavisi, ameliyat kullanılan yöntemlerdendir.

#### **Korunma**

Risk faktörlerinden kaçınmakla kısmen mümkündür. Güneş gözlüğü kullanımı, sigara içilmemesi, omega 3 içeren balık ürünleri, ıspanak, brokoli gibi yeşil sebzeler ve meyveler ile beslenme, hastalığın gelişimini ve ilerlemesini engelleyebilir.

### **ŞEKER HASTALIĞINA BAĞLI GÖZ DİBİ DEĞİŞİKLİKLERİ (Diyabete Bağlı Retinopati)**

- Diyabet yüksek kan şekeri ile kendini gösteren ve göz dahil pek çok organa hasar veren bir hastalıktır.
- **Şeker hastalığına bağlı göz dibi değişiklikleri** Diyabet retinopatisi retinadaki küçük damarları hasarlanması sonucu oluşur.
- Görme kaybı görme merkezinde (makula) sıvı toplanması ya da kanamaya bağlı olarak meydana gelir.

#### **Korunma**

- Diyabet hastalarının şeker seviyelerinin normal düzeyde olması en önemli korunma faktörüdür.
- Bunun yanında böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve hipertansiyonun kontrolü önemlidir.
- Hastalık görme azalması şeklinde kendini gösterir.
- Diyabet hastaları **MUTLAKA** göz hekimleri tarafından da takip edilmelidirler.

### **Tedavisi**

- Tedavideki en önemli aşama şeker kontrolüdür.
- Lazer tedavisi, göze ilaç enjeksiyonları ve ameliyat diğer tedavi yöntemleridir.

*Eğitimci, yukarıda anlatılan hastalıkların önemini vurguladıktan sonra “başka bir göz hastalığı nedeniyle göz hekimine başvuran var mı?” sorusunu gruba yöneltir. Alınan cevaplar doğrultusunda aşağıdaki konuları açıklar.*

## **DİĞER SIK GÖRÜLEN GÖZ HASTALIKLARI**

### **Presbiyopi:**

- Yaşa bağlı yakını görme bozukluğudur, genellikle kırk’ lı yaşlarda çıkar.
- Göz merceği yaşlanır ve yakına odaklanamaz.
- Yakına bakışta görme bulanıklığı gelişir.
- Görme bozukluğu genellikle gözlük ile düzeltilir. Kontakt lens, lazer, göz içine lens konulması diğer tedavi uygulamalarıdır.

### **Göz Kapağı Sorunları**

- Göz kapağı düşüklüğü (pitoz); kapak dokusunun elastikiyetini kaybetmesine bağlı göz kapağının aşağı düşmesidir. Görmeyi engelliyorsa ya da kozmetik nedenlerden dolayı ameliyatla düzeltilebilir.
- Kapakların içe (entropiyon) ya da dışa dönmesi (ektropiyon) yaşlanmaya bağlı görülebilir. Tedavisi ameliyattır.
- Cilt kanseri; kapak kenarında iyileşmeyen yaralar uzun süreli şişlikler şeklinde görülebilir. Erken dönemde göz hekimine başvurulması gereklidir.

### **Kuru Göz**

- İnsan yaşlandıkça gözyaşı üretimi azalır.
- Batma, yanma, kuruluk hissi, kızarıklık olur.
- İlerledikçe kum varmış hissi oluşur.
- Yaşlanma dışında romatizmal hastalıklar, göz kapağı hastalıkları, başka hastalıklar için kullanılan ilaçlar ( tansiyon, allerji, kalp, mide ilaçları gibi) nedeniyle de gelişebilir.
- Tanısı, muayene ve bazı testlerle konulur.
- Tedavide, genellikle suni gözyaşı damlaları verilir.



### **Ağlar Şekilde Göz Sulanması**

- Gözyaşı kanal tıkanıklığı sebebiyle görülmektedir.
- Tedavisi, ameliyattır.

### **Uçuşmalar**

- Okurken, ekrana bakarken gözün önünde uçuşan gölgelerin ortaya çıkmasıdır (sinek uçuşması).
- Genellikle kırk yaşından sonra görülür. Katarakt ameliyatı olanlarda, miyop gözlerde ve travma hikayesi olan gözlerde daha erken ortaya çıkar.
- Aniden ve yoğun şekilde ortaya çıkarsa önemlidir.
- Retinada (göz dibinde) yırtık veya kanama nedeniyle olmuş olabilir. Kısa sürede muayene gereklidir.

### **Işık Çakmaları**

- Şimşek çakması şeklinde hissedilir.
- Retina yırtığı habercisi olabilir.
- Kısa sürede göz muayenesi gereklidir.

## ÖZET

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak konuyu özetler.*

Yaşlanmayla görme kaybı riski ortaya çıkıyorsa da bu kaçınılmaz bir son gibi düşünülmemelidir. Tüm sayılan hastalıkların en az %50'si düzenli aralıklarla yapılacak muayenelerle önlenebilir. Ailesinde göz hastalığı olanlar ve risk grubundakiler daha sık muayene olmalıdır. Hastalığın ilerlemesi beklenmemelidir. Bazen tek bir muayene hastalığın erken yakalanması için yeterlidir. Kendi önlemlerimizi alalım;

- Sigaradan uzak duralım,
- Yeterli ve dengeli beslenelim,
- Güneş gözlüğü, siperli şapka kullanalım,
- Hastalıklarla ilgili bilgi edinelim.

## GÖZ MUAYENESİ, GÖZLÜK İÇİN YAPILAN MUAYENEDEN İBARET DEĞİLDİR.

### DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak değerlendirme yapar.*

1. Kırk yaşın üzerinde göz muayenesi 5 yılda bir yapılır. (D) (Y)
2. Şeker hastalığının göz üzerine zararlı etkisi yoktur. (D) (Y)
3. Kataraktın tedavisinde damlalar kullanılır. (D) (Y)
4. Işık çakmalarının aniden ortaya çıkması yakın zamanda muayene gerektirir. (D) (Y)
5. Göz tansiyonunda en önemli belirti göz ağrısıdır. (D) (Y)

### KAYNAKLAR

1. Kanski JJ.Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. Butterworth-Heinemann; 6 edition, 2007.
2. Yanoff M, Duker JS.Ophthalmology. Mosby, 3rd edition, 2008.
3. Aydın P, Akova Y. Temel Göz Hastalıkları. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2001.
4. Bengisu Ü. Göz Hastalıkları. Palme Yayıncılık,1998

# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

10

# YAŞLILIKTA İŞİTMENİN KORUNMASI

*Filiz AYDOĞAN  
Nilüfer KALBUR*



## **KONU : YAŞLILIKTA İŞİTMENİN KORUNMASI**

**SÜRE** : 45 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılıkta işitmenin korunması konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu oturumun sonunda;

- Yaşlılıkta kulakta ortaya çıkan değişiklikleri sayabilmeli,
- Yaşlılıkta sık rastlanan işitme sorunlarını sayabilmeli,
- İşitme üzerine olumsuz etki yapabilecek durumları söyleyebilmeli,
- Bu sorunlar ile başa çıkabilmek için alınacak tedbirleri söyleyebilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Olgu sunumu
- Soru-Cevap

### **ARAÇ – GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası, kalem ve kâğıtları (Flip-chart)

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılara kulaktan kulağa oyunu oynatır. Bu amaçla katılımcılardan 10-15 kişilik grup oluşturur. Grup içinden bir ebe seçer. Ebe, 5-7 kelimelik bir cümleyi yanındaki kulağına fısıldar. Herkes duyduğunu sırayla yanındaki kulağına fısıldar. En son katılımcı, duyduğunu yüksek sesle gruba açıklar. Eğitimci, ebein söylediği cümle ile son katılımcının söylediği cümle arasında fark olup olmadığına bakarak konunun önemine dikkat çeker.*

### **Giriş:**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, “İnsanda yaş ilerledikçe tüm organlarda görülebilen yaşlanma, işitme organında da görülür, işitme duyusu gün geçtikçe zayıflar.” cümlesiyle konuya giriş yapar. Katılımcılara “Aranızda boş zamanlarında müzik dinleyen, TV izleyen var mı ? Sizin dinlediğiniz ses düzeyi ile ilgili olarak yakınınızdakilerden şikayet aldınız mı? sorularını yöneltir. Aldığı cevaplardan sonra konuyu açıklar.*

## **YAŞLANMAYA BAĞLI KULAKTA ORTAYA ÇIKABİLECEK SORUNLAR**

1. Yaşlılık tipi işitme kaybı (Presbiakuzi)
2. Kulak çınlaması (Tinnitus)

### **Yaşlılık Tipi İşitme Kaybı (Presbiakuzi)**

İşitme kaybı duyma yetisinin azalması veya tamamen yitirilmesidir. Yaşlılık tipi işitme kaybının üç temel nedeni olduğu söylenmektedir.

1. Kulağa giden damarların özelliklerini yitirip artık eskisi gibi kan taşıyamaması,
  2. İşitme sinirinin yaşla birlikte özelliğini kaybetmesi,
  3. Beyindeki işitme merkezinin özelliğini ve işlevini yitirmesidir.
- İşitme kaybı genellikle altmış yaş üstünde başlar.
  - Her iki kulakta olur ve simetriktir.
  - Sıklıkla, rahatsız edici olarak algılanmayan bir çınlama da eşlik edebilir.

- Bu tip işitme kaybı altmış beş-yetmiş dört yaşları arasında her 4 kişiden birinde ve yetmiş beş yaşın üzerinde her iki kişiden birinde ortaya çıkmaktadır.
- Başlangıçta konuşmayı anlamada değişiklik gözlenmez.
- Zamanla sessiz harflerin anlaşılması bozulur.
- Daha sonrada konuşmayı anlama eşiğinde düşme ortaya çıkar. (*Hastalar bunu duyuyorum ama anlamıyorum şeklinde ifade ederler.*)
- Konuşmaları tam anlayamadıkları ve sözleri tekrarlattıkları için yavaş yavaş sosyal hayatın dışına itilirler.
- Sıklıkla her iki kulakta birden aynı anda ve kademeli olarak görülmesi nedeniyle yaşlılık tipi işitme kaybı hastaları işitme duyularını yitirmekte olduklarını fark edemeyebilirler.

**Tanı;** Kulak burun boğaz muayenesinden sonra yapılan işitme testi ile konulur.

#### **Tedavi**

- İşitme cihazı.
- Yaşlılık tipi işitme kayıplarında işitme cihazının faydası sınırlıdır. Konuşulana anlamada güçlük fazla ise işitme cihazının yararı daha az olacaktır.

#### **Korunma:**

- Gürültülü ortamlardan uzak durmak,
- Ani, yüksek düzeyde sese maruz kalmamak,

Bazı ilaçlar işitmede azalmaya neden olabileceğinden doktor önerisi dışında bilinçsizce ilaç kullanmamak (Bazı ağrı kesici, idrar söktürücü ve antibiyotikler gibi)

**Yaşla birlikte azalan yakını görmeyi çözümü yakın gözlüğü, azalan işitmenin çözümü ise işitme cihazıdır. Yaşlılık tipi işitme kaybınız varsa işitme cihazı için KBB doktorunuza başvurunuz.**

Eğitimci, aranızda kulak çınlaması, uğultu vb yakınması olan var mı diye sorar. Cevapları alır. Kulak çınlamasını nasıl isimlendirdiklerini öğrenmeye çalışır. Daha sonra bu anlamda kullanılan tüm kelimelerin aslında kulak çınlaması olduğunu vurgular.

## **KULAK ÇINLAMASI (Tinnitus)**

Çınlama (tinnitus), hastanın dışardan herhangi bir sesli uyaran olmaksızın anormal ses algılanması olarak tanımlanır. Tinnitus hastalık değil bir şikayettir. Yaşlı topluluğun %33 ünü etkileyen ve işitme sisteminin en yaygın şikayetidir. Görülme oranı da yaşla birlikte artar. En sık kırk-seksen yaş arası kişiler etkilenir. Her iki cinsiyeti de eşit oranda etkiler hastaların %50 sinde iki kulak da birden görülür. Hastalar ses için (vızıldama, su çağılması, ıslık sesi gibi) değişik tanımlamalarda bulunabilirler.

Yüksek sese veya gürültüye maruz kalanlarda, işitme azlığı olanlarda tinnitus görülme oranı artar. Çoğu insan nadiren tinnitusu fark eder ve genellikle sessiz ortamlarda fark edilir.

### **Tedavi:**

Tinnitusun nedenlerine yönelik yapılır. Amaç şikayetin hastayı rahatsız etmeyecek düzeye getirmektir.

Eğitimci, aşağıdaki vaka örneğini grupta paylaşır. Daha sonra anlatıma devam eder.

### **OLGU SUNUMU**

Yetmiş yaşında emekli Ahmet Bey sağ kulağında ağrı, dolgunluk hissi ve sesleri net algılayamama şikâyeti ile doktora başvurur. Şikâyetlerinin bir gün önce banyo sonrasında kulağını temizleme çubuğu ile temizledikten sonra başladığını ifade eder. Yapılan muayenesinde sağ dış kulak yolunun kulak kiri ile tıkalı olduğu ve iltihap (enfeksiyonun) eklenmiş olduğu görülür.

Eğitimci, katılımcılara “Aranızda bu şekilde şikayeti olan oldu mu? Sizce Ahmet Beyin kulağını temizleme davranışı doğru mudur? İçinizde kulak temizleme çubuğu kullanan var mı?” sorularını yöneltir. Cevapları alır.



## **KULAK KİRİ (BUŞON)**

Yaş ile dış kulak yolu cildinde deri altı dokusunun incelmesiyle deri incelik ve bezlerin salgısı azalır. Kulak kirinin yapısı değişir. Sertleşir ve miktarında azalma olur. Kulak yolundaki kılların kalınlığı ve sıklığı artar. Bu nedenlerle kulak yolunun salgısının dışarı atılması güçleşir. Dış kulak yolu girişinde birikir ve kulak tıkacı oluşur. Bu durum işitmede geçici kayıplara neden olur.

**Tedavi:** Kulak kirinin temizlenmesidir.

Yaşlılarda dış kulak yolu cildindeki değişiklikler dış kulak yolunun dış etkenlerden daha kolay etkilenmesine neden olur. Suyla sık temas, kulağın bilinçsizce yabancı cisimlerle kurcalanması dış kulak yolu cildinin bütünlüğünü bozar. Ayrıca kulak derisindeki bezlerin koruyucu etkiye sahip salgularını ortadan kaldıracığından kulak yolunu her türlü iltihaba yatkın hale getirir. Dış kulak yolu iltihaplarında da geçici işitme kaybı görülebilir. İlaç tedavisi ile düzelir.

## ÖZET

*Eğitimci aşağıdaki bilgilerden yararlanarak konuyu özetler.*

- Yaşlanmayla birlikte işitme zamanla azalmaya başlar.
- Kulaklarda uğultu, çınlama olabilir. Bunlar doğal yaşlanma sürecinin bir parçasıdır. Ancak bu tip şikayetler başka hastalıkların da habercisi olabileceğinden mutlaka hekime başvurunuz.
- Kulak yolunun doğal salgısı hastalık olarak algılanmamalı ancak birikip kulak yolunda tıkaç oluşturuyorsa tedavi edilmesi gerekir.
- İşitme sağlığımız için bilinçsizce ilaç kullanmayalım
- Mümkün olduğunca yüksek sesli ve gürültülü ortamlardan uzak kalalım.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. Dış kulak yolunun temizliği için yabancı cisimler kulağa sokulmamalıdır. (D) (Y)
2. Bazı ilaçların işitme üzerine zararlı etkisi vardır. (D) (Y)
3. Yaşlılık tipi işitme kaybında işitme cihazı çözüm olabilir. (D) (Y)

## KAYNAKLAR

1. Akyıldız N, Kulak hastalıkları ve mikrocerrahisi II, Bilimsel TıpYayınevi, Ankara,1998, pp 48-52.
2. Gürsel B, Kılıç R Sensörinöral işitme kayıpları In: Koç C(Editör), Güneş Kitabevi, Ankara, 2004, pp 291-293.
3. Koyuncu M, Erişkinlerde sensörinöral işitme kayıpları In: Çelik O (Editör) Kulak burun boğaz hastalıkları ve baş boyun cerrahisi, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2002, pp 72-74
4. Özlüoğlu LN, Ataş A, Tinnitus In: Çelik O (Ed) Kulak burun boğaz hastalıkları ve baş boyun cerrahisi, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2002; pp 88-99.
5. Yılmaz O, Kulak hastalıkları In:Gökçe-Kutsal Y (Ed). Temel Geriatri, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara 2007.

## **EKLER:**

### **Çınlama Nedenleri**

İşitme kayıpları, kemikiklerdeki kireçlenmeler, orta kulak iltihapları, dış kulak, orta kulak ve iç kulak tümörleri, kulak kiri, kulak yolundaki yabancı cisimler, kafa travmaları, serebrovasküler hastalıklar, metabolik kaynaklı nedenler (tiroid hastalıkları, kanda lipid ykseklėđi, şeker hastalėđı, çinko, bakır, demir vitamin B12 eksikliėđi gibi) ilaç kaynaklı (aspirin, aminoglikozidler, nonsteroid antiinflatuar ajanlar), dış kaynaklı, psikolojik kaynaklı (depresyon, anksiyete), damarsal bozukluklar.



KONU

11

YAŞLILIKTA ERKEN TANI  
YÖNTEMLERİ VE  
TARAMALARIN YAPILMASI  
ÖNERİLEN DURUMLAR -  
YÖNTEMLER

*Sevgi ARAS  
Teslime ATLI  
Ergün BOZOĞLU  
Sevnaz ŞAHİN  
Zekeriya ÜLGER  
Murat Varlı*



## **KONU : YAŞLILIKTA ERKEN TANI YÖNTEMLERİ VE TARAMALARIN YAPILMASI, ÖNERİLEN DURUMLAR - YÖNTEMLER**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Erken tanı yöntemlerinin ve taramaların yapılması, önerilen durumlar ve yöntemler konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Hastalıklarda erken tanının önemini söyleyebilmeli,
- Erken tanı kapsamında yer alan kanser dışı hastalıkların önemini ve takip kriterlerini söyleyebilmeli,
- Erken tanıda yeri olan kanserleri sayabilmeli,
- Erken tanı kapsamında hangi kanserde hangi testi hangi sıklıkta yaptıracağını söyleyebilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap
- Tartışma

### **ARAÇ- GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Afiş-broşür (*Kanser haftası ile ilgili broşürler konabilir*)
- Web tabanlı dokümanlar (*Bu konu ile ilgili web kaynaklı karikatürler, doğal afet, depresyon resimleri kullanılabilir*)

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılara; “Doktora niçin gidersiniz? En son hangi şikayetle doktora gittiniz? Aranızda şikayeti olmadan doktora gidenler var mı?” diye sorar. Cevapları aldıktan sonra “En korktuğunuz doğal afet nedir? (Burada deprem resmi gösterilerek katılımcılar yönlendirilebilir.)*

*Depremden en az can ve mal kaybı ile nasıl kurtulabiliriz?(Erken uyarı sistemlerine dikkat çekilir.) En korktuğunuz hastalık nedir?” soruların ı yöneltir ve söylenen hastalıklar ile deprem arasında erken uyarı sistemi ile erken tanı arasında bağlantı kurarak konuya giriş yapar.*

### **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, katılımcılara “Erken tanı nedir? Yaşlılarda erken tanı konulabilecek sağlık sorunları nelerdir?” diye sorar ve alınan birkaç cevaptan sonra konuyu açıklar.*

#### **Erken Tanı Nedir?**

Erken tanı, hastalık ya da sağlık sorunu henüz klinik olarak ortaya çıkmadan muayene ve/veya laboratuvar yöntemleri ile hastalığın saptanmasıdır. Amaç hastalık ve ölüm riskinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Ayrıca hastalıkların erken tanısı ilerlemiş hastalıkta yapılacak tedavi maliyetini azaltmaktadır.

#### **Yaşlılarda Erken Tanı Konulabilecek Sağlık Sorunları Nelerdir?**

- Kalp ve damar hastalıkları,
- Tansiyon yüksekliği, şeker hastalığı, kolesterol yüksekliği,
- Karın atardamar genişlemesi (anevrizma), şişmanlık, beslenme sorunları
- Kanserler
- Depresyon, bunama, beyin damar hastalıkları
- Solunum sistemi hastalıkları
- Görme –işitme sorunları
- Kas –iskelet sistemi ile ilgili sorunlar (kemik erimesi)
- Yaşlılara yönelik şiddet
- Bulaşıcı hastalıklar (Hepatit B ve tüberküloz)



Eğitimci, katılımcılara “günümüzde ölüm nedenlerinin başında hangi hastalıklar gelmektedir? (Kalp hastalıkları, kanser vb.)” diye sorar. Kalp damar hastalıklarına yönlendirme yaparak kalp damar hastalıkları için risk faktörlerine giriş yapar.

### Kalp Damar Hastalıkları İçin Risk Faktörleri

Değiştirilemez risk faktörleri	Değiştirilebilir risk faktörleri
Yaş	Stres
Ailede kalp damar hastalığı öyküsü	Hareketsizlik
Yüksek tansiyon	Aşırı kilo artışı
Kolesterol yüksekliği	Sigara
Şeker hastalığı	Alkol
Menapoz	

Eğitimci, katılımcılara dönerek, vurgulayıcı bir şekilde”İşte bu yüzden risk faktörlerini önceden tanıyıp organ hasarı olmadan önlem alırsak kişilerin kalp damar hastalığına bağlı ileri hastalık ve ölüm riskini azaltmış, engellemiş oluruz.”der ve başlıklar halinde ilgili hastalıkları anlatmaya başlar.

#### Tansiyon Yüksekliği (Hipertansiyon)

- Tansiyonun 140/90mmHg ve üzerindeki ölçümleri hipertansiyon olarak kabul edilir.
- Hipertansiyon kalp damar hastalıkları, inme ve böbrek yetmezliği riskini büyük ölçüde artıran önemli bir sağlık sorunudur.
- Hipertansiyonun erken dönemde tanı ve tedavisi özellikle kalp damar ve inmeye bağlı ölümleri önemli ölçüde azaltmaktadır.
- Kan basıncı 130/80-85 olanlar yılda bir, 130-139/85-89 olanlar en az yılda iki kez veya sağlık kuruluşunu her ziyarette **kan basıncı ölçülmelidir.**

#### Şeker Hastalığı (Diabetes mellitus)

- Diabetes mellitusun yaşlanma ile birlikte görülme sıklığı artar.
- İleri yaşlarda Tip2 diabetes mellitus görülür.
- Aile öyküsü ve aşırı kilo en önemli risk faktörüdür.

- Diyabet kalp damar hastalığı, böbrek yetmezliği, sinir hasarı ve körlük gibi önemli sekellere neden olur.
- Tip2 diyabette hastanın kan şekeri yüksekliğinin farkında olmadığı uzun bir dönem vardır ve tanı anında diyabet ile ilgili olarak organ hasarı başlamıştır.
- Bu yüzden erken tanı önemlidir.
- Çok su içme, sık idrara çıkma, iştah artışı, kilo artışı veya kaybı olan kişiler hemen doktora başvurmaktadır.

**Yüksek riskli grup yılda bir kan şekeri ölçümü önerilmektedir. Kan şekeri düzeyinin 100 mg/dl üzerinde olanlarda test tekrarlanmalıdır. Riskli grupta kesin tanı için glukoz tolerans testi dediğimiz şeker yükleme testi yapılabilir.**

### **Kolesterol Yüksekliği (Hiperlipidemi)**

- Kan yağ düzeyinin normal sınırlar dışında olmasıdır.
- Kalp damar hastalığı için önemli bir risk faktörüdür.
- Hiperlipidemisi olan altmış beş-yetmiş beş yaş aralığındakilerde kalp damar hastalığı riski %60 artmıştır.
- LDL: Kötü kolesterol, HDL: İyi kolesterol, Trigliserid: Kan yağlarını oluşturan diğer molekül
- LDL kolesterol düzeyi kalp damar risk faktörü olmayanlarda 160 mg/dl, bir veya iki risk faktörü olanlarda 130 mg/dl, üç veya üzerinde risk faktörü olanlarda 100 mg/dl nin altında olmalıdır.
- Trigliserid tüm gruplarda 150 mg/dl'nin altında, HDL kolesterol kadınlarda 50 mg/dl, erkeklerde 40 mg/dl'nin üzerinde olmalıdır.
- **Kolesterol ölçümü yetmiş beş yaşına kadar yılda bir kez ölçümü önerilmektedir.**

### **Karın Atardamarı (Aort) Genişlemesi (Anevrizma)**

- Karın ultrasonu ile yapılacak bir defalık inceleme bu hastalığa bağlı ölümü azaltmaktadır.
- Kadınlarda bu durum nadirdir, taramaya gerek yoktur.
- **Özellikle tansiyonu olan ve sigara içen altmış beş-yetmiş beş yaş arası erkeklerde ultrason ile bir defa tarama faydalıdır.**

### **Şişmanlık ve Diğer Beslenme Sorunları**

- Yaşlılıkta %15 sıklıkta yetersiz beslenme görülmektedir.
- Yetersiz beslenme; yara iyileşmesinde gecikme, basınç ülseri, enfeksiyon görülme sıklığında artış, bellek kaybı, düşmelere yol açabilir.
- Şişmanlık; hipertansiyon, kalp damar hastalığı ve diabetes mellitus için risk faktörüdür.
- Gerek yetersiz beslenme gerekse şişmanlığın önlenmesi yönünden sağlıklı beslenmeye dikkat edilmelidir.
- Sağlıklı beslenme için özellikle doymuş yağlardan fakir, dengeli protein ve karbonhidrat içeren sebze ve meyveden zengin bir diyet programı olmalıdır.
- Boy ve kilo ölçümlerinden faydalanılarak hesaplanan beden kitle indeksi (BKİ) yıllık takip edilmelidir.

*Eğitimci, “Kilo kaybı kişinin son altı ayda mevcut kilosunun %10’undan fazlasını istemsiz olarak kaybetmesidir. Yaşlıda kilo kaybı önemlidir. Çünkü kilo kaybı birçok hastalıkla birliktelik gösterir.” diyerek erken tanıda kilo kaybının öneminin büyük olduğunu vurgular.*

### **Yaşlıda Kilo Kaybı Nedenleri**

- Yetersiz beslenme, besin kaynaklarına ulaşamama,
- Kontrolsüz diabetes mellitus,
- Hipertiroidizm (tiroid hormonunun fazla salgılanması),
- Mide, bağırsak kanserleri başta olmak üzere çoğu kanserler,
- İyi huylu bağırsak hastalıkları,
- Çölyak (buğday, arpa, çavdara karşı duyarlılık), pankreas hastalıkları gibi emilim problemlerine yol açan ve ishal ile giden durumlar
- Romatizmal hastalıklar,
- Verem, AIDS gibi enfeksiyon hastalıkları,
- Uygunsuz diş protezleri...

*Eğitimci, katılımcılara “Kanserden korkma, geç kalmaktan kork.” (burada kanser ile ilgili afişler gösterebilir, sloganlar asabilir) sözünü söyler ve gruba en sık rastlanan kanserleri bilip bilmediklerini sorar ve, kadınlarda en sık meme, erkeklerde en*

sık prostat ve akciğer kanseri, her iki cinsiyette ise mide- bağırsak kanserinin sık görüldüğünden bahsederek kanserin yaşlılarda daha sık görüldüğünü vurgular.

Eğitimci, “Yukarıdaki ifade kanserde erken tanının öneminden bahsetmektedir. Bununla birlikte erken tanı sayesinde ölüm ve ileri hastalık durumunun engellenebildiği belirli kanser türleri vardır.” diyerek aşağıdaki açıklayıcı bilgiye geçiş yapar.

## KANSER

### Erken Tanının Hayat Kurtardığı Kanser Türlerinin Özellikleri

- Ailesel geçiş özelliği fazladır.
- Bu kanserlerin geliştiği organlar kolay ulaşılabilir ve muayene edilebilir özelliktedir.
- Kanser yıllar öncesinden var olan iyi huylu kitlelerin zemininde gelişir (İşte bu dönemi yakalamak çok önemlidir).
- Erken dönemde yapılan cerrahi ve diğer tedavi yöntemleri ile kanser ortadan kaldırılabilir.

Kanser türü	Tarama yöntemi	Tarama sıklığı
<b>Meme kanseri</b>	Kendi kendini muayene Doktor muayenesi Mammografi	Her ay Yılda bir 2 yılda bir (seksen yaşından sonra takibe gerek yok)
<b>Rahim ağzı kanseri</b>	Jinekolojik muayene ile PAP smear testi	30-40 yaş aralığında yılda bir kez Sonra 2-3 yılda bir, 2-3 yıl aralıkla yapılan ve son iki testi negatif olan altmış beş yaş üstünde takibe gerek yok
<b>Bağırsak kanseri</b>	Gaitada gizli kan Kolonoskopi	Her yıl Her 5-10 yıl
<b>Prostat kanseri</b>	Prostat muayenesi PSA	Her yıl Her yıl

**Karaciğer kanseri için tarama sadece Hepatit C ve B taşıyıcısı olanlarda yılda bir defa ultrason ve kan AFP düzeyine bakılarak yapılır.**

*Eğitimci, katılımcılara “gereksiz yere yapılan tümör markerlarına dikkat çekmek için kan tahlili ile kanser olup olmadığınızı öğrenebilir misiniz? Böyle bir test yaptırdınız mı?” diye sorar. Alınan birkaç cevaptan sonra aşağıdaki açıklamayı yapar:*

Tümör belirteçleri (markerları) (“CA”lar) testi: Bu testler kanser tanısı olanlarda tedaviye yanıt ve klinik gidiş için bakılır. Kesinlikle hastalığı ve şikayeti olmayanlarda kanser taraması olarak kullanılmaz. Kanser olup olmadığınız bu testlerle belirlenemez. Yalancı yükseklikler olabilir.

### **Erken Tanı Kapsamında Değerlendirilmesi Gereken Diğer Durumlar**

	<b>Yöntem</b>	<b>Tarama sıklığı</b>
<b>Osteoporoz</b>	Kemik dansitometrisi	Yılda bir
<b>Görme</b>	İlgili branş muayenesi	2 yılda bir
<b>İşitme</b>	İlgili branş muayenesi	2 yılda bir
<b>Depresyon-demans</b>	İlgili branşların muayenesi	Yılda bir
<b>Motorlu taşıt kullanımı</b>	Nörolojik ve psikolojik muayene	

## **ÖZET**

*Eğitimci, “erken tanı ile birçok hastalığa bağlı sakatlık ve ölüm riski aynı zamanda tedavi maliyetleri azaltılabilir. Toplumun tüm kesiminin erken tanı kapsamında olan hastalıklarda ilgili yöntemleri ve tarama sıklığını bilmesi sağlık bilincinin oluşmasında temel oluşturacaktır.” Der ve konunun kısaca özetini yapar.*

## **DEĞERLENDİRME SORULARI**

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar:*

1. Erken tanı ve önemi nedir?
2. Erken tanı ile hastalık ve ölüm riskinin azaltılabileceği hastalıklar hangileridir?
3. Hangi kanserde, hangi tarama testi, hangi sıklıkta yapılmalıdır?

## **KAYNAKLAR**

1. Tatum PE. Prevention and Health Promotion, Current Geriatric Diagnosis and Treatment Lange Medical Boks, McGraw-Hill,2004,pp 7-15.
2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010.

# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

12

# YAŞLILIKTA AKCİĞER HASTALIKLARI

*Murat Varlı  
Sevgi ARAS  
Teslime ATLI  
Ergün BOZOĞLU  
Sevnaz ŞAHİN  
Zekeriya ÜLGER*





## **KONU : YAŞLILIKTA AKCİĞER HASTALIKLARI**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılık döneminde akciğer hastalıkları konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Sık rastlanan akciğer hastalıklarını söyleyebilmeli,
- Akciğer hastalıklarının sık rastlanan belirtilerini sayabilmeli,
- Akciğer hastalıklarına yol açabilecek nedenleri sayabilmeli,
- Akciğer hastalıklarını artırabilecek faktörleri söyleyebilmeli,
- Akciğer hastalığı bulunan yaşlıda uygulanabilecek bireysel yaklaşımları ve korunma yollarını açıklayabilmeli,
- Tedavi sürecindeki olumlu veya olumsuz davranışları sıralayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap
- Demonstrasyon

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar
- İnhaler cihaz çeşitleri, pipet

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, akciğer hastalıklarında kullanılan nefes açıcı (inhaler) cihazların resimlerini veya kendilerini dağıtarak bu cihazları hangi hastaların kullandığı konusunda katılımcıların görüşlerini alır. Katılımcılar arasında bu ilaçlardan kullanan varsa nasıl kullandıklarını göstermelerini ister. Katılımcılara pipetler dağıtarak, ağız ve burun kapalı sadece pipet aracılığı ile nefes alıp vermelerini ister ve daha sonra neler hissettiklerini sorar. (Böylece astım hastalarının kriz dönemlerinde yaşadıkları nefes zorluğunu algılamaları sağlanabilir.)*

*Eğitimci, bu defa katılımcılar arasında sigara içen ve içmeyenleri tespit edip, özellikle kış aylarında öksürük, balgam çıkarıp çıkarmadıkları ve yaşadıkları sıkıntıları anlatmalarını ister. Daha sonra sigara içen ve içmeyenler arasındaki farkları vurgulayıp, sigara içenlerde yıllar içerisinde kronik bronşit gelişeceğini söyler.*



## Giriş

*Eğitimci, katılımcılara yaşlılık döneminde en sık görülen zatürree (pnömoni), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), astım gibi hastalıkların önemli ölüm nedenleri arasında yer aldığını ve yaşam kalitesini kısıtladığını vurgulayarak konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

## İşleniş

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak yaşlılıkta görülen zatürreenin önemini, zatürree gelişimini kolaylaştıran hastalıkları ve ağırlaştırıcı risk faktörlerini açıklar.*

### Zatürree (Pnömoni)

Zatürree yaşlılıkta kalp hastalıklarından sonra 2. önemli ölüm nedenidir. En önemli sebepleri bakteri ve virüs olarak adlandırılan mikroplardır. Etken mikroplar akciğere yerleşerek alveol adını verdiğimiz hava boşluklarında enfeksiyona yol açarlar. Böylece zatürree tablosu ortaya çıkar. Eğitimci zatürreenin yaşlıda sık görülen ve beklenmeyen ancak yaşlılarda görülebilen belirtilerini açıklar. Gençlere göre zatürreenin farklı bulgular verebileceğini vurgular.

### Yaşlılıkta Zatürre Kliniğinde Farklılıklar:

Daha Seyrek Görülenler	Daha Sık Görülenler
<ul style="list-style-type: none"><li>• Göğüs ağrısı daha az</li><li>• Öksürük daha az</li><li>• Ateş ve titreme daha az</li><li>• Balgam daha az</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sık nefes alma daha sık</li><li>• Bilinç bulanıklığı, kendinde olmama daha sık</li><li>• İstenmeyen olaylar daha sık (kana mikrop karışması (bakteriyemi), akciğer absesi, menenjit)</li></ul>

### **Zatürre Gelişimini Kolaylaştıran Hastalıklar ve Ağırlaştırıcı Risk Faktörleri**

- Altmış beş yaş üzeri,
- Kalp yetmezliği,
- Kalp damar hastalıkları,
- Altta yatan akciğer hastalıkları ( KOAH, Astım vb.)
- Böbrek yetmezliği
- Şeker hastalığı
- Nörolojik hastalıklar (soluk borusuna kaçırma riski nedeniyle (aspirasyon),
- Kanserler
- Bağışıklık yetmezliği
- Beslenme bozukluğu (malnütrisyon)
- Sigara ve alkol kullanımı,
- Huzurevi veya bakımevinde yaşama

*Eğitimci, tanı konulduktan sonra zatürree tedavisinin ayaktan yapılabileceğini ancak, bazı durumlarda mutlaka hastaneye yatış gerekebileceğini söyler ve bu durumları anlatır.*

### **Mutlaka Hastaneye Başvurulması Gereken Durumlar**

- Bilinç değişikliği (Uykuya eğilim, kendinde olmama)
- Düşük ateş (Hipotermi) veya yüksek ateş (>40)
- Tansiyon düşmesi (Hipotansiyon (<90/60 mmHg)
- Hızlı nefes alıp verme (Takipne (>30/dk)
- Çarpıntı (Taşikardi (>125/dk)
- Dudaklarda ve parmak uçlarında morarma (Siyanoz)
- Hastanın tedaviye uyum sorunu veya evde bakım eksikliği

*Eğitimci, zatürree tedavisinde ilaç tedavisinin düzenli bir şekilde ve uygun sürelerde kullanılması gerektiğini anlattıktan sonra yaşlılarda zatürreeden korunma için yapılabilecekleri sıralar.*

### **Korunma**

- Zatürreeden korunma da altmış beş yaş üzerindeki her hasta zatürree (pnömokok) aşısı ile aşılanmalıdır. Bağışıklık yetmezliği durumunda 5 yıl sonra aşının tekrarı gerekir.

- Grip (İnfluenza) yaşlılarda istenmeyen etkilere yol açarak ağır bir seyir gösterebilir. Bu nedenle her yıl Eylül- Aralık aylarında grip aşısı yapılmalıdır.
- Hijyen ve temizlik kurallarına özellikle de el temizliğine dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Temizlik için özel malzemelere ihtiyaç olmadığı su ve sabun kullanımının yeterli olacağı açıklanmalıdır.

### **Kronik (Müzmin) Bronşit (KOA)**

*Eğitimci, KOA tanımını yapar ve genel özelliklerini vurgular.*

- KOA, kronik bronşite bağlı görülen, genellikle geri dönüşsüz (irreversibl) hava akımının geçişte zorlanması (obstrüksiyon) ile karakterize bir hastalıktır.
- Hava akımının kısıtlanması çoğu hastada ilerleyicidir ve hava yollarının aşırı duyarlılığı (hiperreaktivitesi) ile birlikte bulunabilir. Akciğer fonksiyonlarında %50'ye yakın kayıp olmadan bulgu vermediği için tanı gecikmeler yaşanabilir.

*Eğitimci, KOA gelişiminde rol oynayan risk faktörlerini sıralar.*

#### **Çevresel Risk Faktörleri**

- **Sigara içimi**
  - Aktif sigara içimi
  - Pasif sigara içimi
- **Mesleki karşılaşmalar**
- **Hava kirliliği**
  - Dış ortam
  - İç ortam
- **Sosyoekonomik Faktörler/Yoksulluk**
- **Diyetle ilgili faktörler**
  - Yüksek tuzlu diyet
  - Diyetle antioksidan vitaminlerin azlığı
- **Enfeksiyonlar**
- **Kişisel risk faktörleri**

- Genetik faktörler
- Aile öyküsü
- Etnik faktörler
- Yaş
- Hava yolu aşırı duyarlılığı
- Allerji öyküsü (atopi)

*Eğitimci, KOAH'da sık görülen belirtileri ve bunların özelliklerini açıklar.*

- KOAH'daki en belirgin belirtiler nefes darlığı (efor dispnesi), öksürük ve balgamdır.
- Nefes darlığı hastalık ilerledikçe artar, özellikle hareketle belirgin hale gelir. Hasta tarafından hava açlığı, göğüste baskı hissi olarak tanımlanır. Öksürük süreklilik taşır, kuru veya yaş vasıfta olabilir.
- Balgam başlangıçta özellikle kış aylarında ve sadece sabahları görülürken, zamanla yıl boyunca ve günün her saatinde görülmeye başlar. Balgamın miktarının artması, renginin sarı, yeşile dönüp, kıvamının koyulaşması KOAH alevlenme olarak isimlendirilen solunum yolu infeksiyonunun göstergesidir. Beraberinde hırıltılı solunum, nefes alma zorluğu, ateş de birlikte bunabilir.
- KOAH'da belirtiler hastalığın evresine göre değişkenlik gösterir. KOAH evrelemesi, solunum fonksiyon testi denilen nefes üfleme testi ile yapılır. Buna göre hafif, orta, ağır ve çok ağır evrelerde farklı bulgular görülür. Tedavi yaklaşımı KOAH evresine göre değişiklik gösterir.

*Eğitimci, KOAH'lı hastalarda hastalığın ilerlemesinin durdurulması için risk faktörlerinin azaltılması gereğini vurgular, hastaların takibindeki genel prensipleri açıklar.*

- Sigaranın bırakılması KOAH tedavisi hedefleri içinde mutlaka yer almalıdır. Nefes darlığı, öksürük, balgam gibi belirtilerin azaltılmasına çalışılır.
- Hastaların kendi günlük işlerini yapabilmeleri için hareket ve egzersiz yeteneğinin artırılmasına çalışılır. Bunun sağlanması için KOAH tedavisinde kullanılan tedavilerin uygun süreler ve dozlarda kullanımı sağlanmalıdır.
- Hastaların kullandığı nefes açıcı (inhaler) ilaçların kullanımı gösterilerek tarif edilmelidir. Hastalığın seyirinde araya giren enfeksiyonlar mutlaka tedavi edilmelidir.

*Eğitimci, astımın tanımını yapar, belirtilerini sıralar, astıma yol açabilen risk faktörlerini vurgulayarak bu risklere ne kadar çok maruz kalınırsa ve beraberinde ailevi yatkınlık da varsa astım belirtilerinin ortaya çıkabileceğini ifade ederek konuyu açıklar.*

## **Astım**

### **Astımın Tanımı ve Belirtileri**

Astım, havayollarındaki kasların kasılması sonucu görülen geri dönüşümlü olarak hava yollarının daralması durumudur.

- Yaşlılarda eşlik eden hastalıklar nedeniyle tanı konulmasında güçlükler vardır.
- En sık belirtiler; öksürük, hırıltılı soluk alıp verme, nefes daralması ve göğüste sıkışma hissidir. Astım belirtileri daha çok gece veya sabah erken saatlerde (saat 04-06) görülür.

### **Astım Gelişimini Kolaylaştıran Risk Faktörleri**

- **Sigara (Çok önemli)**
- Genetik yatkınlık
- Allerji öyküsü
- İç ve dış ortamdaki allerjenler
- Hava kirliliği
- Şişmanlık (Obezite)
- Sık solunum yolu enfeksiyonu geçirme

*Eğitimci, daha sonra astım belirtilerini taklit edebilen hastalıkları sıralar.*

### **Astım Belirtilerini Taklit Edebilen Hastalıklar Şunlardır:**

- Bronşit(KOAH)
- Bazı virüs enfeksiyonları
- Sinüzit
- Reflü hastalığı
- Kalp yetmezliği( Kardiyak astım)
- Gırtlak ile ilgili yapısal bozukluklar

*Eğitimci, son olarak astım hastalarının tedavi ve takipte dikkat etmeleri gereken noktaları vurgular ve korunma önlemlerini de anlatarak konuyu tamamlar.*

- Astımda standart bir tedavi yaklaşımı yoktur. Bireyin şikayetlerine göre ilaç tedavileri düzenlenir. Hastaların şikayetleri arttığında ilaç dozlarını nasıl artıracakları ve ilaçların özellikleri öğretilmelidir. Hastaların nefes açıcı ilaçları doğru kullanıp kullanmadıkları kontrol edilmelidir.
- Astım belirtileri ve atakları zaman zaman artış göstereceğinden kişiler tedavilerini aksatmadan almalıdır ve doktor kontrolünde düzenli olarak izlenmelidir. Hastalar sigara kullanıyorsa mutlaka bırakmalı, rüzgârlı ve hava kirliliğinin fazla olduğu dönemlerde dışarı çıkmamalıdır. Astımı tetikleyen başka riskler varsa onlardan uzak durmaya çalışmalıdırlar.
- Astımlı hastalar koruyucu önlem olarak mutlaka zatürree ve grip aşılarını yaptırmalıdırlar.



## ÖZET

*Eğitimci, katılımcılara akciğer hastalıkları ile ilgili akıllarında kalan çarpıcı noktaları söylemelerini ister ve gerekirse katılımcıların söylediklerine kısa eklemelerde bulunur. Özellikle sigaranın akciğer hastalıklarında en önemli risk faktörü olduğunu belirtir ve ayrıca sigarayı bırakmanın en önemli tedavi yaklaşımı olduğunu ısrarla vurgulayarak konuyu kısaca özetler.*

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar:*

1. Yaşlılarda en sık rastlanan akciğer hastalıkları nelerdir?
2. Yaşlılarda akciğer hastalıklarında en sık rastlanan üç şikayet nedir?
3. “Yaşlıda öksürük, balgam ve ateş olmadan zatürree olmaz önermesi” doğru mu? Yanlış mı?
4. Akciğer hastalıklarından korunmada hangi aşular yapılmalıdır?
5. Tüm akciğer hastalıkları için en önemli risk faktörü nedir?

## KAYNAKLAR

1. Htwe TT, Mustaq A, Robinson SB, et al. Infection in the elderly. Infect Dis Clin N Am 2007;21:711-743.
2. Nazir SA, Al-Hamed MM, Erbland M. Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the older patients. Clin Chest Med 2007 (28); 703-715.
3. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Rehberi, 2000.
4. Bellia V, Pedone C, Catalano F, et al. Asthma in the elderly: Mortality rate and associated risk factors for mortality. Chest 2007; 132:1175–1182.
5. Moore WC. Update in Asthma 2007. Am J Respir Crit Care Med 2008;177:1068-1073.



KONU

13

YAŞLILIKTA  
SOLUNUM YETMEZLİĞİ  
VE NEFES DARLIĞI

*Murat Varlı  
Sevgi ARAS  
Teslime ATLI  
Ergün BOZOĞLU  
Sevnaz ŞAHİN  
Zekeriya ÜLGER*



## **KONU : SOLUNUM YETMEZLİĞİ VE NEFES DARLIĞI**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlıda solunum yetmezliği ve nefes darlığına yol açabilen durumlar konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Solunum yetmezliği ve nefes darlığının ne olduğunu söyleyebilmeli,
- Solunum yetmezliğinin belirtilerini sayabilmeli,
- Solunum yetmezliği ve nefes darlığına yol açabilen nedenleri sayabilmeli,
- Hangi durumlarda acil bir durum veya tehlike olduğunu söyleyebilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kağıtları (Flip-chart)

## ETKİNLİKLER

### Isınma

*Eğitimci, grubun etkileşimini artırmak için uygun bir ısınma etkinliği planlar.*

Bu amaçla; katılımcılara şu anda nefes alıp verirken farkında olup olmadıkları sorulur ve cevaplar alınır. Normalde insanların nefes alıp vermelerinin farkında olmadan gerçekleştiği ve bunun için çaba gösterilmediği vurgulanır. Sonrasında herkesin 1 dakikada kaç kez nefes alıp-verdiğini sayması istenir. Katılımcılar arasından seçtiği gönüllülerden bir kişiye hızla iki basamak merdiven inip çıkması veya yürüyüş yapması önerilir. Katılımcı döndüğünde onun nefes hareketleri izlenir solunum sayısı tespit edilir ve kişiye şu anda nefes alıp vermelerinin farkında olup olmadığı sorulur. Katılımcının nefes darlığı istirahatle düzeldiğinde aslında bu durumun normal olduğu ve ağır egzersizle birlikte nefes darlığının herkeste olabileceği ve bu durumun geçici olduğu vurgulanmalı, ancak nefes darlığı süreklilik gösterirse bunun altından pek çok hastalığın çıkabileceği anlatılmalıdır.

### Giriş

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### İşleniş

*Eğitimci, solunum yetmezliği ve nefes darlığının tanımını yapar ve solunum yetmezliğinin yaşlıda sık görülen belirtilerini sayarak konuya giriş yapar.*

**Solunum yetmezliği**, solunan hava ile dolaşan kan arasındaki oksijen-karbondioksit alışverişinin bazı faktörlerin araya girmesi sonucu bozulması durumudur.

**Nefes darlığı**, ise solunum yetmezliğinin en önemli bulgusu olup, kişinin nefes alıp-vermesinin farkında olması hali, başka bir ifadeyle soluk alıp vermek için çaba harcaması, zorluk çekmesi veya hava açlığı yaşanmasıdır. Aslında nefes darlığı subjektif bir his olduğundan anlatılmaz, yaşanır.

#### **Solunum Yetmezliği Belirtileri**

- Nefes darlığı
- Hızlı soluk-alıp verme
- Göğüs kafesinin ve karnın inip çıkması

- Çarpıntı
- Terleme
- Bilinç bulanması, sürekli uyuma isteği
- Parmak uçları ve dudaklarda morarma
- İleri durumlarda kaslarda küçük kasılma, seğirmeler (miyokloni) veya ellerde titremeler(tremor)

Tüm bu belirtiler hızla (akut) gelişebileceği gibi, bazı durumlarda yavaş gelişip, devamlılık gösterebilir ( kronik).

*Eğitimci, belirtileri anlattıktan sonra solunum yetmezliğine ve nefes darlığına yol açabilen nedenleri vurgular.*

#### **Solunum Yetmezliğine Yol Açan veya Artıran Nedenler**

- Yaşlıda göğüs duvarı kaslarında zayıflama olması ve akciğerin yedek kapasitesinin azalması.
- En sık rastlanan sebepler akciğer ve kalp hastalıklarıdır.
- Akciğer hastalıklarından zatürre, bronşit (KOA), astım, akciğer kanserleri, akciğere pıhtı atması (emboli), akciğer zarının su toplaması (plörezi), akciğer zarı arasına hava kaçması (pnömotoraks) gibi nedenler öncelikle görülürken,
- Kalp hastalıklarından infarktüs, kalp yetmezliği ve akciğer ödemi, ritim bozuklukları, kalp kapak hastalıkları solunum yetmezliğine yol açabilir.
- Bazı nörolojik hastalıklar (felç, sinir iletimini etkileyen hastalıklar),
- İleri derecede kansızlık (anemi),
- Tiroid bezinin fazla çalışması (hipertiroidi),
- Zehirlenmeler, uyuşturucu sınıftan olan ilaçlar (morfin), sakinleştiriciler (sedatifler) ve depresyon ilaçları yaşlıda solunum yetmezliği yapabilen diğer nedenlerdir.

*Eğitimci, yukarıda sayılan tüm nedenlerin aynı zamanda nefes darlığına yol açtığını tekrarlayarak bunları bir kez daha vurgular. Bunlar içerisinde yaşlıda **en sık nefes darlığı nedenlerinin akciğer ve kalp hastalıkları olduğunu** tekrar belirtir. Ayrıca yaşlıda daha az görülse de psikolojik nedenli nefes darlığı (panik bozukluk) olabileceğinin akılda tutulması gerektiğini vurgular.*

*Eğitimci, son olarak hangi durumlarda acil müdahale gerektiğini ve erken müdahalenin yaşam kurtarıcı olabileceğini açıklar.*

- Ani başlayan, şiddeti giderek artan nefes darlığı olması ve solunum yetmezliğinin diğer belirtilerinin olması hemen hastaneye başvuru ve mşdahale gerektirir.
- Sanılanın aksine yaşlılarda erken mşdahale ve altta yatan nedenin hızla bertaraf edilmesi gençlerdeki benzer yaşam şansı ile sonuçlanır. Bu nedenle bu durumlarda geçer diye beklenmemeli hemen bir hastaneye başvurulmalıdır.
- Yavaş gelişen ve devamlılık gşsteren (kronik) solunum yetmezliği durumunda dşzenli doktor kontrolş ve altta yatan nedenlerin tedavisi yapılmalıdır.



## ÖZET

*Eğitimci, bu bölümde aktarılan bilgilerin katılımcılar tarafından kısaca tekrarlanmasını ister ve bazı önemli noktaları tekrar vurgular. Katılımcılardan görüş belirtmek isteyenlerin görüş ve soruları alarak konuyu özetler.*

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar:*

1. En sık solunum yetmezliği yapan nedenler nelerdir?
2. Nefes darlığı yapabilen akciğer ve kalp hastalıkları nelerdir?
3. Hangi durumlarda hızla hastaneye başvurulmalıdır?

## KAYNAKLAR

1. Grippi M. Respiratory failure: An Overview. In: Fishman AP, Elias JA, Fishman JA, Grippi MA, Senior RM, Pack AI (Eds): Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. Mc Graw-Hill Companies, USA, 2008, pp 2509-2522.
2. El Solh AA, Ramadan FA. Overview of respiratory failure in older adults. J Intensive Care Med 2006; 21: 345-351.
3. Ray P, Birolleau S, Lefort Y, et al. Acute respiratory failure in the elderly: etiology, emergency, diagnosis and prognosis. Critical Care 2006; 10(3): R82. Epub 2006 May



**KONU**

14

**YAŞLILIKTA  
GÖĞÜS AĞRISI**

*Sevgi ARAS  
Teslime ATLI  
Ergün BOZOĞLU  
Sevnaz ŞAHİN  
Zekeriya ÜLGER  
Murat Varlı*



## **KONU : YAŞLILIKTA GÖĞÜS AĞRISI**

**SÜRE** : 45 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılıkta göğüs ağrısının önemi konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Göğüs ağrısı nedenlerini sayabilmeli,
- Göğüs ağrısının karakteri ile ilgili bazı özellikleri söyleyebilmeli,
- Acil müdahale gereken göğüs ağrılarını sayabilmeli,
- Kalp krizi geçiren kişiyi kabaca tanımlayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılara bir ambulans resmini göstererek “Sirenleri çalan bir ambulans gördünüz. Ambulans içerisindeki hastanın şikayeti ile ilgili olarak aklınıza ilk hangi hastalık gelir?” diye sorar. İlgili cevapları alır. (Büyük çoğunluk kalp krizi diyecektir.) Bunun üzerine “kalp krizi olan hastada en sık şikayet nedir?” der ve göğüs ağrısı cevabını alınca konuya giriş yapar.*

### **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, katılımcılara kalp kökenli göğüs ağrısı ve kalp dışı göğüs ağrısının nedenlerinin neler olabileceğini sorar ve aldığı birkaç cevaptan sonra aşağıdaki bilgilerden yararlanarak konuyu açıklar.*

#### **Kalp Kökenli Göğüs Ağrısı Nedenleri**

- Kalp damar tıkanıklığı (*Kalp krizi için risk teşkil eder, önemlidir, ciddiye alınması gereklidir.*)
- Ana atardamar (aort) yırtılması (*Şiddetlidir, sırta yayılır, tansiyon çok yüksektir, inme eşlik edebilir, ölüm riski yüksektir, acil olarak kalp damar cerrahisinin olduğu merkeze gitmelidir.*)
- Kalp zarları arasında sıvı birikmesi (*Yatarken ve nefesle ağrı artar, nefes darlığı bazen ateş olabilir*)
- Akciğer damar tıkanıklığı (*Aniden başlar, nefes darlığı, kalp ve solunum hızında artış tansiyonda düşme vardır, acil müdahale gerekir.*)

#### **Kalp Dışı Göğüs Ağrısı Nedenleri**

- Akciğer zarı iltihaplanması, sıvı toplanması (*Solunumla, öksürükle ağrı artar, bıçak saplanır tarzdadır, ateş eşlik edebilir.*)
- Akciğer zarının, yırtılıp akciğerin sönmesi (*Yüz üstü yatınca ağrı azalabilir, cilt altında hava kabarcıkları, çıtırtı hissi olabilir.*)
- Kas ağrısı (*Hareketle artar.*)

- Kaburga arası sinire bağlı ağrılar (*Bazen yanıcı, bazen çakıcı bazen çok uzun süreli bazen saniyeler içerisinde gelip geçer*).
- İskelet sisteminden kaynaklanan ağrılar (*Hareketle artar ve göğüs duvarına elle bastırınca ağrı şiddetlenebilir*).
- Sinir basısı
- Cilt kaynaklı ağrılar (*Zona: Kızarıklık ve üzerinde içi sıvı dolu kabarcıklar vardır, bu döküntüler geçtikten sonra bile uzun süren çok şiddetli ağrılar olabilir*).
- Sindirim sistemine bağlı ağrılar (*Reflüye bağlı yemek borusu tahrişi, mide ülseri, safra kesesi iltihabı, bu ağrılara sahip kişilerde hazımsızlık, mide ağrısı, yanması, ağza acı su gelmesi eşlik edebilir*).
- Psikolojik nedenler

**Hipertansiyon, şeker, kolesterol yüksekliği, ailesel kalp hastalığı ve sigara kullanım öyküsü olanlar kalp ve damar hastalıklarına bağlı hastalıklar açısından risk altındadır. Bu özelliklere sahip hastalardaki göğüs ağrısı önemli olabilir. Ciddiye alınmalıdır.**

*Eğitimci, kalp krizi geçiren bir kişinin resmini göstererek katılımcılara kalp krizi geçiren biri ile karşılaşp karşılaşmadıklarını sorar ve kalp krizi geçiren kişinin göğüs ağrısının özelliğine dikkat çeker.*

### **Kalp Damar Hastalığına Bağlı Ağrının Özelliği**

- Öncelikle eforla, yorulunca, yoğun stres ve ağır yemek sonrası açığa çıkar.
- Genellikle göğüsün sol kısmında, yumruk veya avuç içi büyüklüğü bir alanda baskı tarzındadır.
- Ağrı çeneye, sol kola ve mide kısmına yansıyabilir.
- Dinlenme ile geçer.
- En fazla 5- 10 dakika sürer, dil altı tedavisine iyi yanıt verir.
- Bu özelliğe sahip ağrının süresi 20 dakikanın üzerinde ise ve beraberinde terleme, nefes darlığı, çarpıntı, ölüm korkusu var ise kalp krizi riski yüksektir. **ACİL OLARAK MÜDAHELE GEREKİR.**

### **Kalp Damar Hastalığına Bağlı Olmayan Ağrının Özelliği**

- Bıçak saplanır gibi batıcı tarzda,
- Saatlerce süren veya birkaç saniyede geçen
- Parmak ucu büyüklüğündeki bir alana yayılan,
- Hareketle ve göğüs duvarına basmakla artan ağrının kalp krizi ile ilişiksiz ağrı olma ihtimali büyüktür.

*Eğitimci, yaşlı kişilerde hastalıkların farklı seyredebileceğine dikkat çekmek için “Fakat yaşlılarda ağrı eşiğinin yüksek olması ve bunama faktörü göz önüne alınmalıdır. Birçok hastalık gençlerden farklı ve silik seyredebilir. Bu durum kalp hastalıkları açısından da geçerlidir. Bu yüzden göğüs ağrısı olan her yaşlı ciddiye alınmalı, panik yapmadan hastalığın aciliyetine göre ilgili merkezlere başvurulmalıdır. Çünkü yaşlıda kalp krizinde yapılan erken müdahalenin hem ölüm hem de ileriki dönemde ortaya çıkabilecek kalp yetmezliği riskini azalttığı kesindir” diyerek konuyu tamamlar.*



## ÖZET

*Eğitimci, aşağıdaki açıklamayı yaparak konuyu özetler.*

*Göğüs ağrısının birçok sebebi vardır. Her göğüs ağrısı aciliyet ve hayati önem taşımaz. Ancak kalp damar hastalığı açısından riskli kişilerde göğüs ağrısı ciddiye alınmalı, acil ve acil olmayan durumlar birbirinden ayrılarak panik yapmadan ilgili merkezlere başvurulmalıdır.*

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. Kalp kaynaklı göğüs ağrısı nedenleri nelerdir?
2. Kalp dışı kaynaklı göğüs ağrısı nedenleri nelerdir?
3. Kalp krizi geçiren hastanın şikâyetlerini ve ağrının özelliğini sayınız.
4. Hangi göğüs ağrılarında çok hızlı davranıp, acil servise başvurulması gerekir?

## KAYNAKLAR:

1. Michael W. Cardiac Disease, Current Geriatric Diagnosis and Treatment Lange Medical Boks, McGraw-Hill,2004,156-165
2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010.



# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

15

# YAŞLILARDA KALP YETMEZLİĞİ

*Murat VARLI*  
*Sevgi ARAS*  
*Teslime ATLI*  
*Ergün BOZOĞLU*  
*Sevnaz ŞAHİN*  
*Zekeriya ŐLGER*



## **KONU : YAŞLILARDA KALP YETMEZLİĞİ**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılık döneminde kalp yetmezliği konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Kalp yetmezliğinin sık rastlanan belirtilerini söyleyebilmeli,
- Kalp yetmezliğine yol açabilecek nedenleri sayabilmeli,
- Kalp yetmezliğini artırabilecek faktörleri söyleyebilmeli,
- Kalp yetmezlikli hastaların yapabilecekleri bireysel uygulamaları açıklayabilmeli,
- Hastalık sürecindeki olumlu veya olumsuz davranışları sıralayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

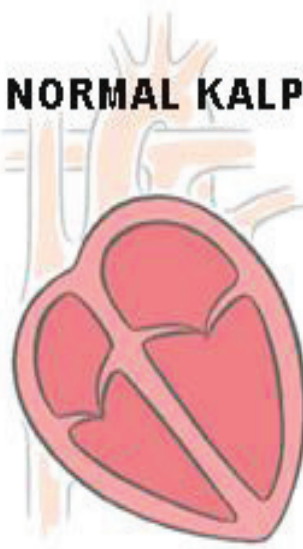
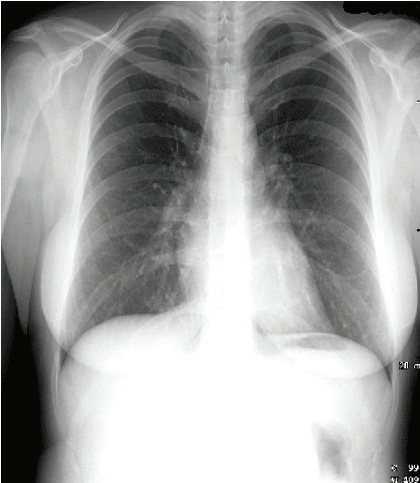
### **ARAÇ-GEREÇ**

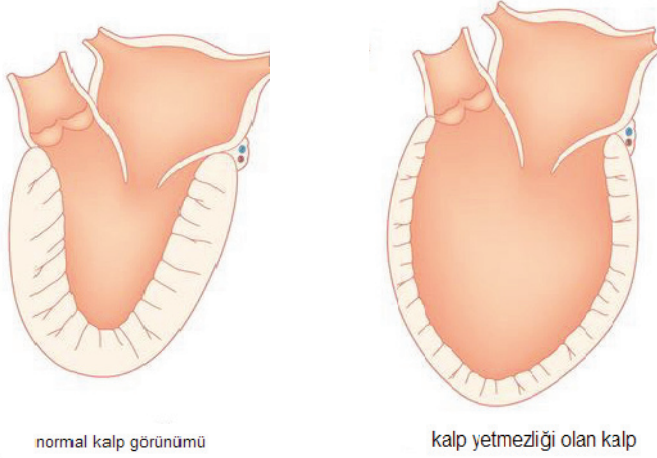
- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası, kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılara normal ve kalp yetmezliği olan hastaların tele graflerini göstererek katılımcılardan hangi hastada kalp yetmezliği olabileceğini tahmin etmelerini ve doğru cevap aldıklarından neden böyle düşündüklerini açıklamalarını ister. Daha sonra eğitimci kalp yetmezliğinde kalbin büyüdüğünü ve bazen akciğerlerde değişik düzeylerde sıvı toplanmasına yol açabileceğini (plevral efüzyon, fissürit) görsel örneklerle anlatır. Eğitimci, kendisinin topladığı tele örnekleri de görsel materyal olarak kullanabilir.*





## Giriş

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

## İşleniş

*Eğitimci, katılımcılara kendisinde veya yakınında kalp yetmezliği olan kişi olup olmadığını sorar. Eğer varsa kendisi veya yakınının ne gibi şikayetler ve sorunlar yaşadığını anlatmasını ister ve onların görüşlerini alır. Daha sonra kalp yetmezliğinin yaşlılarda en sık görülen hastalıklardan birisi olduğunu ve uygun tedaviler yapılmazsa bazı kanserlerden bile daha öldürücü olabileceğini ve yaşlıların en sık hastaneye yatırılma sebeplerinden biri olduğunu vurgular. Ardından kalp yetmezliğini kısaca tanımladıktan sonra en sık nedenlerini açıklar ve konuya giriş yapar.*

## KALP YETMEZLİĞİ

**Kalp yetmezliği**, kalp kasının yapısı veya işleyişinde bozulma olması nedeniyle kalbin odacıklarının kanla dolma veya kanı pompalayabilme yeteneğinin bozulmasıdır.

**En sık nedenleri:** Kalp kasının genişlemesi veya kalınlaşması (Miyokard dilatasyonu- hipertrofisi)

Kalp krizi sonrası kalp kasının hasar görmesi (Miyokard iskemii-infarktüsü)

Kalp kapak bozuklukları (En sık mitral ve aort kapak bozuklukları)

Kalp zarının hastalıkları (Perikardit)

*Eğitimci, daha sonra kalp yetmezliğinin sık görülen, beklenen (tipik) ve beklenmeyen (atipik) belirtilerini açıklar.*

**En sık görülen belirtiler:** Nefes darlığı (ilk zamanlar hareket etmekle artar. (efor dispnesi)

Çabuk yorulma

Gece artan nefes darlığı veya öksürük (paroksizmal noktürnal dispne)

Ortopne (yüksek yastıkla yatma veya dik pozisyonda oturma)

Bacaklarda ödem (pretibial)

Çarpıntı (taşikardi)

Bu beklenen yakınmalar yaşlılarda görülebileceği gibi, beklenmeyen bazı yakınmalar yaşlı kalp yetmezliğinin bulguları olabilir.

**Beklenmeyen yakınmalar:** Bilinç değişikliği (kendinde olmama, uykuya eğilim)

Baş dönmesi

Düşme

Bayılma (senkop)

*Eğitimci, kalp yetmezliğini artıran risk faktörlerini açıklayarak konuya devam eder.*

Kalp yetmezliğini, eşlik eden bazı hastalıklar ve/veya risk faktörleri artırabilir.

- Kalp ritim bozuklukları (en sık atriyal fibrilasyon)
- Yüksek tansiyon
- Enfeksiyonlar
- Kansızlık (anemi)
- Akciğere pıhtı atması (emboli)
- Depresyon
- Böbrek yetmezliği gelişmesi
- Tuz ve su kısıtlamasına uyumsuzluk
- İlaçları bırakma veya yanlış kullanma

*Eğitimci tedavideki hedefleri, yapılabilecek bireysel uygulamaları ve yapılan yanlışları vurgulayarak hastaların alabilecekleri önlemlere dikkat çeker. Böylece kalp yetmezliğine ait şikayetlerin azaltılması, daha rahat hareket edebilen, günlük işlerini yapabilen bireyler olarak yaşamın sürdürülmesi için nelere dikkat edilmesi gerektiğini açıklar.*



## **Tedavi Hedefleri ve Bireysel Yaklaşımlar:**

1. Öncelikle kalp yetmezliğini artırabilecek **risk faktörleri tespit edilerek bunlar azaltılmalı veya kontrol edilmeye çalışılmalıdır.** Örneğin tansiyonları çok yüksek seyreden bir hastanın tansiyon değerleri normale geldiğinde pek çok şikayetinin gerilediği görülecektir.
2. **Hasta ve yakınları, hastalığın nasıl seyredebileceği, risklerin neler olabileceği ve tedavide kullanılan ilaçların düzenli kullanılması konusunda eğitilmelidir.** Hastalığın kronik (süreklilik gösteren) bir tablo olduğu ve düzenli ilaç kullanımının doktor kontrolünde olması gerektiği vurgulanmalıdır.
3. **Yaşam tarzı ve diyet alışkanlıklarındaki değişimler belirtilmelidir.**(Sigara ve alkolün bırakılması, tuzun kısıtlanması, (4 gr/ gün), kilo verilmesi, şişman ise zayıflamanın sağlanması, bireye özgü düşük yoğunluklu egzersizlerin planlanması (yürüme vb.)
4. **Tedavi hedefleri şikayetlerin kontrolü, hareket kapasitesinin ve yaşam kalitesinin artırılması, hastaneye yatışların azaltılmasına yönelik olmalıdır.**
5. **Hastalara, kendi ağırlıklarını takip etmesi önerilmelidir. Kilo alımının belirgin olması, bacaklarındaki şişmenin, nefes darlığının veya öksürüğün artması gibi durumlarda kullandığı idrar söktürücü ilaç dozlarını ne kadar artırabilecekleri anlatılmalı, ancak 24 saat içerisinde yanıt olmaması durumunda daha fazla doz artımının zararlı olabileceği ve hatta bazı ilaçların zehirlenmelere yol açabileceği (digoksin zehirlenmesi vb.) açıklanmalıdır. Bu nedenle bu gibi durumlarda hemen bir sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği vurgulanmalıdır.**

## ÖZET

*Eğitimci, katılımcıların kafalarında takıldıkları bir nokta varsa belirtmelerini ister. Özellikle katılımcılar arasından öncelikle gönüllüler veya varsa kalp yetmezliği olanlara, risk faktörleri ve alınabilecek önlemleri kısaca tekrarlatır. “Kalp yetmezliğinde tuz kısıtlaması gerekli değildir” önermesi sizce doğru mu? yanlış mı?” gibi kısa cümleler vererek bu önermelerin doğru veya yanlış olup olmadığını katılımcılara sorarak konuyu özetler.*

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. Yaşlılıkta kalp yetmezliğinin en sık belirtileri nelerdir?
2. Yaşlıda kalp yetmezliğinin beklenmeyen belirtileri neler olabilir?
3. Kalp yetmezliğini artıran risk faktörleri nelerdir?
4. Kalp yetmezliği ilaçlarını kullanırken yapılan yanlış uygulamalar nelerdir?

## KAYNAKLAR

1. Arıoğul S (Editör). Geriatri ve Gerontoloji. Yeniova AO, Cankurtaran M. Kalp yetmezliği ve Yaşlı. 2006, MN Medikal& Nobel, Ankara, pp 535-549
2. Mas MR, Işık AT, Karan MA, Beger T, Akman S, Ünal T (Editörler). Geriatri. Tavşanoğlu S, İlerigelen B. Kalp yetmezliği, 2008, Fersa Matbaacılık, Ankara, pp 526-541.

**KONU**

16

**YAŞLILARDA  
HİPERTANSİYON**

*Teslime ATLI  
Sevgi Aras  
Ergün BOZOĞLU  
Sevnaz ŞAHİN  
Zekeriya ÜLGER  
Murat VARLI*



## **KONU : HİPERTANSİYON ( YÜKSEK TANSİYON)**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlıda hipertansiyonun önemi konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Hipertansiyon tanımını yapabilmeli,
- Hipertansiyonun önemini açıklayabilmeli,
- Kan basıncını ölçebilmeli,
- Normal tansiyon değerini söyleyebilmeli, sistolik ve diyastolik tansiyonu ayırt edebilmeli,
- Hipertansiyonda ilaç dışı tedavi yaklaşımlarını sıralayabilmeli,
- Hipertansif yaşlının takibinde yapılması gerekenleri açıklayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap
- Demonstrasyon

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Tansiyon aleti
- Steteskop

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci katılımcılara “tansiyon ölçmeyi bilen var mı?” diye sorup, bilen iki kişiye ölçüm yaptırır. Daha sonra doğru ölçümün nasıl yapılacağını anlatır. Tansiyon ölçümünde kullanılan cihazları göstererek dijital ve havalı aletle kan basıncı ölçümünü 3-5 katılımcıya yaptırır. Evde kullanım için dijital aletin tercih edilebileceğini söyler.*

### **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, kaç kişinin daha önce tansiyonunu ölçtüğünü sorar. Daha sonra söyledikleri sayıların ne olduğunu sorarak, kaç türlü tansiyon bildiklerini öğrenir ve hipertansiyon konusuna giriş yapar.*

## **TANSİYON – HİPERTANSİYON**

Kan dolaşımının sağlanması için uygulanan basınca tansiyon, bu basıncın normalden fazla olmasına **hipertansiyon** denir. İki çeşit tansiyon ölçülür. Büyük tansiyon (sistolik kan basıncı) ve küçük tansiyon (diyastolik kan basıncı). Büyük veya küçük tansiyondan birisinin yüksek olması hipertansiyon tanısı koymak için yeterlidir.

*Eğitimci, sistolik ve diyastolik tansiyonların üst sınırının kaç olduğunu katılımcılara sorarak 140 ve 90 mm civa hedefine ulaşmaya çalışır. Her ikisinin aynı oranda önemli olduğunu vurgular.*

Normalde diyastolik tansiyon 80 mm civanın, sistolik tansiyon ise 120 mm civanın altındadır.

- **Büyük tansiyonun 140 mm civanın,**
- **Küçük tansiyonun ise 90 mm civanın üzerinde olması hipertansiyon olarak nitelendirilir.**

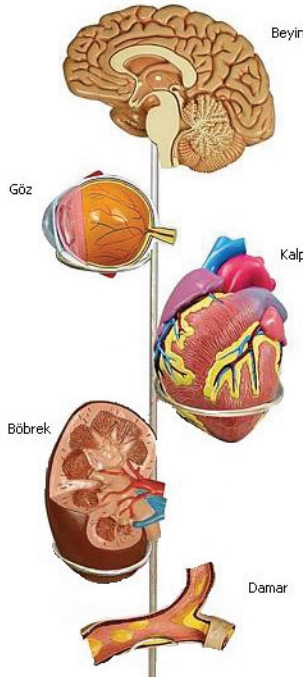
Hem sistolik hem de diastolik kan basıncı yüksekliği aynı derecede önemlidir.



*Eğitimci, bundan sonra hipertansiyonun sadece ölçülen bir değer yüksekliğinden ibaret bir durum olmadığını, asıl öneminin bazı önemli organlarımızın hastalıklarına yol açması olduğunu vurgular. Etkilenen organların resimlerini gösterir.*

### **Hipertansiyonun Önemi**

Hipertansiyon özellikle yaşlılarda çok yaygındır. Toplumdaki yaşlıların %60'ı tansiyon hastasıdır. Çoğu yaşlı hipertansiyon hastası olduğunun farkında değildir. Hipertansiyon tansiyonunun sayısal değerinin yüksek olması yanında, sakatlıklara ve ölümlere neden olan toplumsal bir sorundur. Hipertansiyon son derece sinsi bir hastalık olup hiç semptom vermeden böbrek, kalp, damar, beyin ve gözleri etkileyerek, kalp krizi, felç, görme kayıpları, böbrek yetmezliği ve ölümlere neden olur.



*Eğitimci, hipertansiyonun nedenlerini ve risk faktörlerini açıklar.*

Hipertansiyonu olanların yalnızca %3'ünde tansiyonu yükselten bir hastalık saptanmıştır. Kalanlardan büyük ölçüde genetik ve yapısal faktörler sorumludur. İleri yaş, erkek cinsiyet, fazla kilolu olma, diyabet, hareketsiz yaşam tarzı, alkol, sigara içimi ve aşırı tuz kullanımı hipertansiyon risk faktörleridir.

*Eğitimci, tansiyon ölçümü ile ilgili pratik bilgiler vererek, havalı ve dijital aletlerin resimlerini gösterir.*

### **Tansiyon Ölçümü İle İlgili Pratik Bilgiler**

Tansiyon ölçümü en az 15 dakika istirahattan sonra yapılmalıdır  
Oturur pozisyonda, sırt destekli, ayaklar yere basar pozisyonda olmalıdır  
Ölçümden önce sigara-çay-kahve içilmemelidir  
Ölçülen koldaki kıyafetler tamamen sıyrılmış olmalı, kolu sıkmamalıdır  
Kol altına destek konularak kalp hizasında tutulmalıdır  
Ölçüm için dijital, civalı veya havalı tansiyon cihazları kullanılabilir.



Dijital cihazlar otomatik olarak ölçüm yaparlar. Çoğunlukla stetoskop (dinleme aleti) ihtiyacı olmaz. Üst koldan veya bilekten de ölçüm yapanlar vardır. Havalı ve civalı cihazlarda sesleri dinlemek için stetoskop da gereklidir. Bu nedenle evde ölçüm için dijital olanlar tercih edilebilir.



*Eğitimci, bu bilgilerden sonra hipertansiyon tedavisi ve takibi ile ilgili bilgiler verir.*

Hipertansiyon tanısı alanlarda ilk yapılacak şey yaşam tarzı değişiklikleri yapmaktır. İlk adım, diyetteki tuzu azaltmak olmalıdır. Sigara ve alkol bırakılmalıdır. Ayrıca yağlı yiyeceklerden kaçınmak, diyetin meyve-sebze içeriğini arttırmak, varsa fazla kiloları vermek, fonksiyonel kısıtlılık yoksa düzenli spor yapmak (en basiti, haftada en az 3 gün, en az 30 dakika tempolu yürüyüş) tansiyonun normale dönmesine yardımcı olur.

Bu değişikliklere rağmen tansiyon istenen düzeylere inmezse doktor kontrolünde ilaç tedavisine geçilir. İlaçlar sadece doktor kontrolünde ve düzenli kullanılmalı, her gün aynı saatte alınmalıdır.

Bu hastalığın kronik (süreğen), hayatı tehdit eden bir durum olduğu unutulmamalıdır. Hasta hiçbir şikayeti olmasa bile hekimin önerdiği aralıklarla kontrollere gitmelidir. Hekime danışmadan ilacı kesmek, değiştirmek, başka ilaç eklemek doğru değildir. İlaçlar bağımlılık yapmaz, hayati organlara zarar vermez, aksine korur.

## ÖZET

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak konuyu özetler.*

Hipertansiyon diyastolik tansiyonun 90mm, sistolik tansiyonun 120mm civa ve üzerinde olmasıdır. Yaşlıların %60'ında görülür. Hipertansiyon, beyin, kalp, böbrekler, gözler ve damarları etkileyerek inme, kalp krizi, görme bozuklukları, böbrek yetmezliği ve ölüme neden olur. Hipertansiyonu olan kişiye öncelikle yaşam tarzı değişiklikleri ve gerekiyorsa ilaç tedavisi önerilir. Tansiyon normale dönse ve hiç şikayet olmasa bile, tedaviye doktor kontrolünde devam edilmelidir.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. Normal tansiyon ve hipertansiyon nedir?
2. Hipertansiyonun etkilediği organlar ve hastalıkları nelerdir?
3. Hipertansiyon tanısı konulan bir yaşlıya yaşam tarzıyla ilgili hangi önerilerde bulunursunuz?
4. Tansiyon ölçerken nelere dikkat etmek gerekir?
5. Hipertansiyon risk faktörleri nelerdir?

## KAYNAKLAR

1. Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL (eds). Current Geriatric Diagnosis and Treatment. First edition. Mc Graw Hill Co., 2004, pp 183-190.
2. Halter JB, Ouslander JB, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S (eds). Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. Sixth edition. Mc Graw Hill Co. 2009, pp 975-982.

**KONU**

17

**YAŞLILARDA  
MİDE BAĞIRSAK SİSTEMİ  
HASTALIKLARI**

*Ergün BOZOĞLU  
Sevgi ARAS  
Teslime ATLI  
Sevnaz ŞAHİN  
Zekeriya ÜLGER  
Murat VARLI*



## **KONU : MİDE BAĞIRSAK SİSTEMİ HASTALIKLARI**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılık döneminde sık görülen mide bağırsak sistemi hastalıkları konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda:

- Yaşlılarda gastrointestinal sistemde ne gibi değişikliklerin oluştuğunu söyleyebilmeli,
- Reflü şikayeti olan yaşlıda ne gibi önerilerde bulunulabileceğini sayabilmeli,
- Mide ağrısı (dispepsi) nedenlerini sıralayabilmeli,
- Uzun süreli kabızlık yakınması olan yaşlılara tavsiyelerde bulunabilmeli,
- İshali olan yaşlılarda hangi durumlarda sağlık kurumuna başvurması gerektiğini söyleyebilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

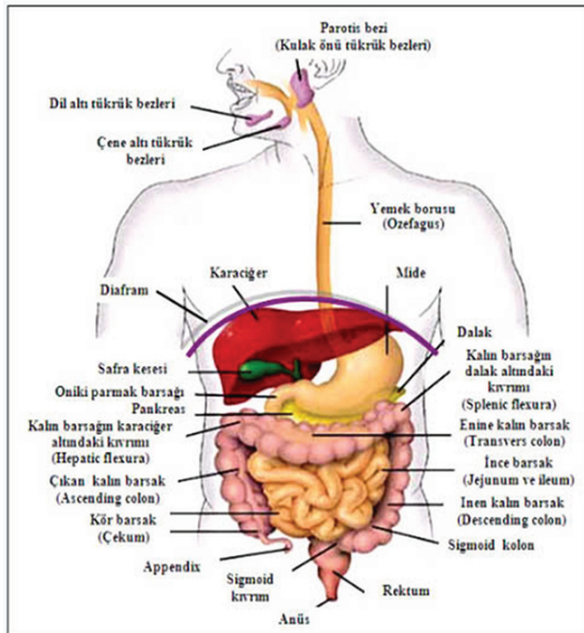
*Eğitimci, katılımcılara gastrointestinal sistem organlarının neler olduğunu ve görevlerinin ne olduğunu sorar. Aldığı cevapları tahtaya yazar. Eğer insanlarda mide ve bağırsak sistemi çalışmaz ise ne gibi sonuçlar olabileceğini sorar. Grubun konuyu tartışmasını sağlar.*

### **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, gastrointestinal sistem organlarını gösteren aşağıdaki gibi bir şekli katılımcılara gösterir ve şekil üzerinden organların isimleri ve fonksiyonlarını anlatarak konuya giriş yapar. Katılımcıların bu bilgiler ışığında organların çalışmalarında oluşabilecek bozukluklarda doğabilecek sorunları tartışmalarını ister (Reftü, peptik ülser ve kabızlık gibi).*



(www.drahmetdobrucali.com adresinden alınmıştır.

## **YAŞLILIK VE MİDE BAĞIRSAK SİSTEMİ**

Yaşlılarda mide-bağırsak sistemi, uzun yıllar tütün ve alkol kullanımı, çevresel ve mesleki faktörler, kalp yetmezliği, hipertansiyon, damar tıkanıklığı, diabetes mellitus, akciğer hastalıkları, böbrek yetmezliği, demans, beyin hastalıkları, depresyon gibi birçok yandaş hastalıktan ve bunların tedavisinde kullanılan çok sayıdaki ilaçlardan da etkilenmektedir. Ayrıca, yaşlanmayla birlikte bağışıklık sisteminin zayıflaması; mikroorganizmalarla sürekli teması olan sindirim sistemini doğrudan ilgilendirmektedir. Yine, ağrı gibi yakınmaların ortaya çıkışında çok önemli olan duyuların azalması hastalıkların sessiz seyretmesine neden olabilmektedir. Birçok mide ve bağırsak hastalığı yaşla birlikte sıklaşır.

*Eğitimci, yaşlanma ile mide-bağırsak sisteminde oluşan fizyolojik değişiklikleri aşağıdaki bilgilerden yararlanarak anlatır.*

### **Yaşlılıkta Oluşan Fizyolojik Değişiklikler**

- Yaşlanma ile mide-bağırsak sisteminde birçok değişiklik gelişir. Yaşamın kaçınılmaz bir dönemeci olan yaşlanma, organizmada önemli değişikliklerin görüldüğü bir süreçtir. Bu değişikliklerin hangisinin normal; hangisinin hastalık olduğunun iyi bilinmesi büyük önem taşımaktadır.
- Genel olarak yaşlılarda acıkma hissi ve yemek yeme alışkanlığı azalır. Yetersiz beslenme hastalıklarının gelişimini kolaylaştırır. Yaşlılarda gençlere göre günlük kalori alımı azalır. Seksenli yaşlarda ortalama %30 oranında bir azalma olur. Yaşlılar hem daha az acıkırlar, hem de yemek sonrası doyunluğa daha uzun süre hissederler.
- Yaşlı hastalarda sıkça görülen depresyon da beslenmeyi azaltan nedenlerden biri olabilir. Tat ve koku almadaki değişiklikler de iştahı azaltıp gıda alımını etkileyebilir.
- Ağızda tükürük salgısında azalma görülür. Sağlıklı yaşlılarda %40 oranında ağız kuruluğu görülebilir, konuşurken ve yaşlılar yemek yerken su içme ihtiyacı hissederler. Sakız çiğneme hem tükürük sekresyonunu artırır hem de çene ve çiğneme kaslarının daha rahat çalışmasına yardımcı olabilir.
- Diş eksiklikleri veya protez kullanımına bağlı besinler yeterince öğütülemez. Diş sağlığının korunması veya uygun protez tedavileri ağızdan gıda alımının bozulmasıyla ortaya çıkabilecek sorunları engelleyebilir.
- Yaşlılarda tatlı, ekşi, tuzlu, acı maddelerin tatlarının algılanması azalır, ayrıca hastalar gıda veya yemeye ilişkisiz ağızda kötü veya metalik tat hissinden yakınrlar.

- Yaşlılarda mide yüzeyinde inceleme ve asit miktarında azalma vardır. Emilmesi için asit gereken B12 vitamini gibi besin maddeleri daha az emilir. Ayrıca yemeklerin sindirilmesinde kullanılan bazı enzimlerin salgılanmasında da azalma olur.
- Mide ve bağırsak duvarlarının kanlanması azalmıştır. Bu da ülser oluşumunu kolaylaştırır.
- Yaşla birlikte besinlerin mideden boşalma zamanı uzar. Bu da yemek sonrası şişkinlik ve gaz yakınmasının temel nedenidir. Genellikle yaşlılarda katı gıdaların boşalması normal olmasına rağmen sıvı gıdaların boşalması uzamıştır.
- Yaşlılarda bağırsak hareketleri de yavaşlamıştır. Bunun sonucu olarak kabızlık görülür.
- Yaşlılarda karaciğer büyüklüğünde ve kanlanmasında azalma olur. Bu karaciğerden temizlenen bazı ilaçların etkilerinin değişmesine neden olabilir.

*Eğitimci, “yaşlılarda en sık görülen mide-bağırsak sıkıntılarında birisi kabızlıktır” der ve aşağıdaki bilgilerden yararlanarak yaşlılarda neden kabızlık olduğunu, kabızlığı artıran faktörleri ve tedavi önerileri hakkında açıklama yapar:*

### **Kabızlık**

Normal dışkılama sıklığı çeşitli etkenlere bağımlı olarak; haftada 3 kez ile günde 3 kez arasında değişkenlik gösterebilir. Kabızlık, genel olarak dışkılama sıklığının azalması olarak tanımlansa da, dışkılamada zorlanma ve/veya sert dışkı yapma veya yetersiz dışkılama hatta dışkılamada tam boşalamamanın ifadesi olabilir.

Kabızlık;

- Dışkılama sıklığında azalma
- Dışkılamada zorlanma
- Dışkılama sonrası tam boşalma olmadığı hissi
- Sert ve küçük parçalı dışkılama
- Anal kanalda tıkanma hissi
- Dışkılamada elle yardım ihtiyacı (karına yapılan bası ya da rektumun boşalmasına parmakla yardım gibi)

Yaşlılıkta kabızlık orta yaş kişilerden farklı olarak daha çok zorlukla dışkılama ve anal kanalda tıkanma hissi olarak tanımlanır, yaşlı popülasyonun en sık gastrointestinal şikayetlerindedir. Yaşlıların yaklaşık %50'sinde kabızlık defekasyon sıklığında azalma olarak, %20 sinde zorlanma ile dışkılama veya tam boşalamama, %30'unda ise her iki durumun beraberliğini tanımlamaktadır.



Altmış beş yaş üzeri bireylerde dışkı yumuşatıcı ilaç kullanımı %60'ın üzerindedir.

Kadınlarda erkeklerden 2-3 kat fazla sıklıkta görülmektedir.

Yatağa bağımlı hastalarda kabızlık çok daha sıktır. Kabızlığın asıl nedeni bağırsak hareketlerinin azalmasıdır. Ancak birçok faktör kabızlığı artırır.

### **Yaşlılarda Kabızlığı Arttıran Nedenler**

- Liften fakir beslenme
- Az su içme
- Fiziksel aktivitenin azlığı
- Eşlik eden hastalıkların çokluğu
- Çok sayıda ilaç kullanımı

**Uzun süreli kabızlığı olan yaşlılar hekim önerisi ile dışkı yumuşatıcı ilaç tedavisi kullanabilirler. Ancak bazen kabızlık kanser gibi önemli hastalıkların belirtisi olabilir.**

### **İleri Araştırma İçin Mutlaka Doktora Başvurulması Gereken Durumlar**

- Eşlik eden kilo kaybının varlığı
- Gizli ya da aşikâr makatta kanama
- Kansızlık
- Sebebi bulunamamış karın ağrısı
- Düşkünlük
- Birinci derece yakınlarında bağırsak kanseri varlığı
- Daha önceden bilinen bir bağırsak hastalığının varlığı
- Tedaviye yanıt vermeyen kabızlık

*Eğitimci kabızlığı olan yaşlılara önerilecek yaşam biçimi değişikliklerini açıklar.*

- Lifden zengin diyet (tahıllar, kepek, sebze, fındık) tüketimi
- Bol sıvı alımı
- Düzenli fiziksel aktivite

*(Yaşlılarda kabızlık tedavisinde kullanılan çok etkili ilaçlar vardır. Ancak ilaç dışı önerilerde de bulunulmalıdır.)*

*Eğitimci, ishalin tanımını, önemini, sebeplerini ve ishali olan yaşlıların yapması gerekenleri aşağıdaki bilgilerden yararlanarak anlatır.*

### **İshal**

- İshal; dışkılama sıklığında artış ve volüm değişikliği ile birlikte olan anormal cıvık dışkılamadır. Günde 200 gr üzerinde olmak üzere artmış dışkı ağırlığı ve günde üçten fazla cıvık veya sulu dışkılama olması şeklinde tanımlanmaktadır.
- Sık dışkılamaya, karın ağrısı, acil dışkılama hissi, şişkinlik ve dışkı kaçırma gibi sorunlar eşlik edebilir.
- Yaşlılarda ani başlayan ishalin en sık sebepleri enfeksiyonlar, ilaç yan etkileri, kabızlık ilaçları kullanımı ve besin zehirlenmeleridir.
- Şüpheli bir besinden 12-24 saat içerisinde başlayan ve aynı yemeği yiyen ikiden fazla kişide gözlenen ani başlangıçlı ishale besin zehirlenmesinden şüphelenilmelidir.
- İshali olan yaşlılarda yapılacak en önemli şey bol sıvı alımıdır. Her ishali dışkılama sonrası ek bir bardak su içilmesi tavsiye edilmelidir.

*Eğitimci, ishali olan yaşlıların şu durumlarda mutlaka doktora başvurması gerektiğini belirtmelidir.*

### **Doktora Başvurulması Gereken İshaller**

- Ateş varlığı
- Kilo kaybı
- Kanlı ishal
- Kusma nedeniyle ağızdan sıvı alınmaması
- Tansiyon düşüklüğü
- İshalin 48 saatten uzun sürmesi
- Kalp, böbrek ve karaciğer yetmezliği olan yaşlılar
- Besin zehirlenmesinden şüphelenilenler

### **Reflü**

*Eğitimci, reflünün tanımını, yaşlılarda reflünün gençlere göre daha sık gözlenmesinin nedenlerini ve reflü olan yaşlılardaki şikayetleri aşağıdaki tablolara göre açıklar.*

#### **Reflü Nedir?**

Midedeki yüksek asitli sıvının yemek borusuna kaçmasına reflü denir. Yaşlılarda reflü sık olarak gözlenir. Altmış yaş üzerinde %60 oranında reflü vardır.

### **Yaşlıda Reflüye Yatkınlık Oluşturan Faktörler**

- Tükürük içeriğinde değişiklikler
- Yemek borusu kas hareketlerinde yavaşlama
- Mide boşalmasında gecikme
- Yaşlılara hareket azalması
- Sık ilaç kullanımı

### **Reflüsü Olan Yaşlılarda Görülebilen Şikayetler**

- Göğüs ortasında yanma hissi
- Ağıza gıdaların gelmesi
- Yutma güçlüğü
- Öksürük
- Boğazda gıcık hissi

### **Reflünün Tedavisi**

Reflünün ilaçlarla etkin tedavisi mümkündür. Ancak ilaç tedavisi yanında hastalara bazı önerilerde bulunulması gerekmektedir;

- Kilo verilmesi
- Alkol ve sigaranın bırakılması
- Yatak başının yükseltilmesi
- Bazı ilaçların kullanılmaması
- Acı, çikolata ve kahvenin aşırı tüketilmemesi
- Yemekten hemen sonra yatılmaması
- Bir kerede çok fazla yemek yerilmesi yerine sık aralıklarla az miktarda yemek yenilmesi

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak ülser ve gastriti açıklar.*

### **Ülser ve Gastrit**

Ülser ve gastrit her yaşta görülebilen bir sorun olmasına rağmen yaşlılarda daha ciddi seyredebilir.

Sıklıkla yemek öncesi veya sonrasında görülen mide ağrısı ile kendini gösterir. Yaşlılarda ağrı kesici ilaç ve aspirin kullanımı çok sıktır. Bu tür ilaçlar mide yüzeyinin direncini azaltarak gastrit ve ülser neden olabilirler. Ayrıca bu ilaçlar ağrıyı maskeleydiği için hastalar ağrı olmadan mide kanaması ile de gelebilirler.

Ülser hastalarında en önemli ve korkulan sorun mide kanamasıdır. Bu konu kitabın mide-bağırsak kanamaları konusunda ayrıntılı incelenmiştir.

## ÖZET

*Eğitimci, anlatılan bilgilerin katılımcılar tarafından kısaca tekrarlanmasını isteyerek konunun özetlenmesini sağlar. Bu kapsamda her bir katılımcıya anlatılmış olan konuya ilişkin sindirim sisteminin organları, yaşla birlikte oluşan değişiklikleri ve sık görülen sorunlar ile alınacak önlemler hakkında akıllarında kalanları anlatmalarını ister. Bu etkinliği yaparken herkese sırayla söz verir. Söze gönüllülerden başlayabilir.*

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar:*

1. Yaşlılarda gastrointestinal sistemde ne gibi değişiklikler oluşur?
2. Reflü şikâyeti olan yaşlıda ilaçlar dışında ne gibi önerilerde bulunulabilir?
3. Kabızlık yakınması olan yaşlılar nelere dikkat etmelidir?
4. İshali olan yaşlılar hangi durumlarda doktora başvurmalıdır?

## KAYNAKLAR

1. Aydın M, Batman F. Yaşlanma ve Gastrointesitnal Sistem. Geriatri ve Gerontoloji. Editör: Arıoğul S. Nobel Tıp Yayınevi, 2006. Ankara, pp 483-491.
2. Yöner Ö, Arslan S. Yaşlıda Diyare ve Konstipasyon. Geriatri ve Gerontoloji. Editör: Arıoğul S. Nobel Tıp Yayınevi, 2006. Ankara, pp 501-513.
3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberöğlü K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010.

# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

18

# YAŞLILARDA MİDE BAĞIRSAK KANAMALARI

*Ergün BOZOĞLU  
Sevgi ARAS  
Teslime ATLI  
Sevnaz ŞAHİN  
Zekeriya ÜLGER  
Murat VARLI*



## **KONU : MİDE-BAĞIRSAK KANAMALARI (GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI)**

**SÜRE** : 45 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılık döneminde ani gelişen mide-bağırsak kanamaları ve bunlarla baş edebilme ilkeleri hakkında bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Mide-bağırsak kanamalarının nasıl bulgular verebileceğini sayabilmeli,
- Kanaması olduğundan şüphelenilen bir hastada yapılması gerekeni söyleyebilmeli,
- Hangi yaşlıların mide-bağırsak kanamaları için yüksek riske sahip olduğunu sıralayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

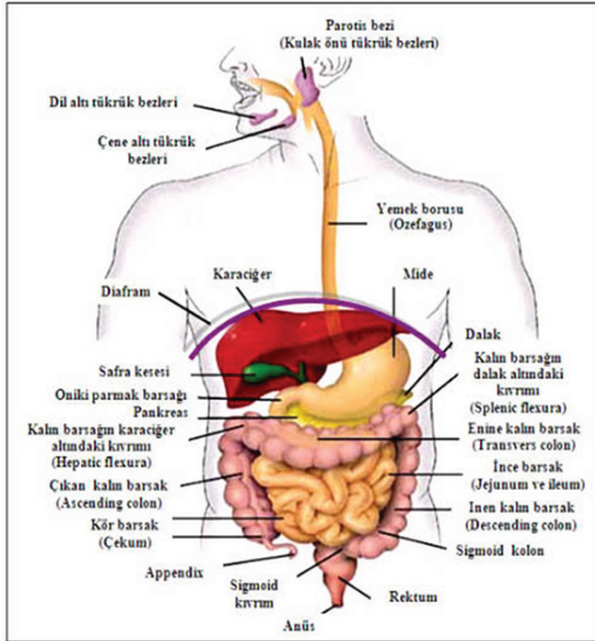
### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılara aralarında hiç mide kanaması geçiren veya yakınlarında mide kanaması geçiren birisini gören olup olmadığını sorar. Varsa neden ortaya çıktığını ve ne gibi sıkıntılara yol açtığını anlatmasını ister. Yoksa kendisi hayali bir vaka üzerinden anlatır. Grubun konuyu tartışmasını sağlar.*

### **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

*Gastrointestinal sistem organlarını gösteren aşağıdaki gibi bir şekli katılımcılara gösterir ve şekil üzerinden sindirim sisteminin ağızdan makata kadar her noktasında kanama olabileceğini vurgular. Özellikle mide-bağırsak sisteminin uzunluğuna dikkat çekerek bazen kanamaların dışarıdan fark edilmeden içeriden devam (iç kanama) edebileceğini anlatır.*



(www.drahmetdobrucali.com adresinde alınmıştır.)



## İşleniş

Eğitimci aşağıdaki bilgilerden yararlanarak gastrointestinal kanamaların tarifini yapar ve yaşlıdaki önemini vurgular.

### **MİDE-BAĞIRSAK KANAMALARI**

Gastrointestinal kanamalar, gastrointestinal kanalda ağızdan makata kadar her hangi bir lokalizasyonda olabilir ve çeşitli hastalıklara ikincil gelişebilir ve özellikle yaşlılıkta hayatı tehdit eden ciddi bir sorun oluşturabilir.

Yaşlı grupta mide-bağırsak kanamalarına bağlı ölüm gençlere göre daha yüksektir ve ortalama %8-10 olarak rapor edilmiştir.

#### **Gastrointestinal kanamalar lokalizasyonuna göre ikiye ayrılır;**

- I. Üst Gastrointestinal sistem kanamaları (ağızdan, oniki parmak bağırsağının sonuna kadar)
- II. Alt Gastrointestinal sistem kanamaları (ince bağırsaktan, makata kadar)

Mide-bağırsak sistemi içi boş bir hortum tarzında olduğu için kanamaların fark edilmeden uzun süre devam etmesine sıkça rastlanır.

#### **Aşık kanamalar üç şekilde fark edilir;**

1. Hematemez (kanlı-parlak kırmızı veya kahve telvesi şeklinde kusma)
2. Melena (Koyu siyah, katran gibi cıvık, kötü kokulu dışkılama)
3. Hematokezya (Kanlı dışkılama. Dışkıyla bulaşık tarzda veya sadece kanama tarzında olabilir)

Kanama ağızdan makata kadar herhangi bir lokalizasyondan olabilir. Ancak yaşlılarda kanama alanları sıklık itibarı ile son bağırsak (anüs) (en sık hemoroid nedeni ile) mide (ülser ve ağrı kesicilerine bağlı gastrit nedeni ile) kalın bağırsak, ince bağırsak ve yemek borusu olarak sıralanabilir.

Yaşlılarda mide-bağırsak kanamalarının sonuçları daha ağır olabilir. Bu nedenle yaşlıda genç olgulara göre tanım daha hızlı yapılmalı, tedavi hemen başlatılmalıdır.

Normal veya sert kıvamda dışkı ile bulaşık taze kan veya tuvalet kağıdına bulaşan taze kanama hemoroid (basur)'i işaret eder.

**Gizli kanama:** Olguların çoğunlukla akut kanama odağını belirlemek mümkün olursa da %10 gibi bir kısımda odak saptanamaz.

**Şu yaşlılarda kanama açısından dikkatli olunmalıdır;**

- İleri yaşlı
- Önceden geçirilmiş GIS kanama
- Geçirilmiş cerrahi işlemler (aortik cerrahi, By-pass vb.)
- Eşlik eden hastalıkların çokluğu
- Kullanılan ilaçlar (özellikle ağrı kesiciler ve aspirin, pıhtı çözücü ilaçlar)
- Alkolizm
- Bilinen mide ülseri

**Yaşlılarda mide-bağırsak kanamaları sık ve ciddi bir sağlık sorunudur. Mide-bağırsak kanaması şüphesi olan yaşlılar süratle bir sağlık merkezine ulaştırılmalı ve acil olarak tedavilerinin başlanması sağlanmalıdır.**

Mide-bağırsak kanaması geçiren yaşlıda şu faktörlerin varlığı tekrar kanama ve ölüm açısından yüksek riski gösterir;

- Kanamanın kontrol altına alınamaması
- Hematemez ve melena olarak belirti vermesi
- Yaşın altmış üzerinde olması
- Eşlik eden hastalıkların çokluğu
- Pıhtılaşma bozukluğu varlığı

## ÖZET

*Eğitimci, bu konuda anlatılan bilgilerin katılımcılar tarafından kısaca tekrarlanmasını isteyerek konuyu özetler. Bu amaçla her bir katılımcıya anlatılmış olan konuya ilişkin mide-bağırsak kanaması olan bir yaşlıda gözlenebilecek bulgular ve hangi yaşlıların daha yüksek bir riske sahip olduğu konularında görüş belirtmelerini ister. Bu etkinliği yaparken herkese sırayla söz verir ve söze gönüllülerden başlar.*

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar:*

1. Mide-bağırsak kanamaları kendini nasıl gösterebilir?
2. Kanaması olduğundan şüphelenilen bir hastada yapılması gereken nedir?
3. Hangi yaşlılar mide-bağırsak kanamaları için yüksek riske sahiptir?

## KAYNAKLAR

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010.
2. Yöner Ö, Arslan S. Gastrointestinal Kanama ve Yaşlı. Geriatri ve Gerontoloji. Arıoğlu S (Ed). Nobel Tıp Yayınevi, 2006. Ankara, pp 491-501.



# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

19

## BULAŞICI HASTALIKLAR

*Teslime ATLI*  
*Sevgi ARAS*  
*Ergün BOZOĞLU*  
*Sevnaz ŞAHİN*  
*Zekeriya ÜLGER*  
*Murat VARLI*



## **KONU : ENFEKSİYON HASTALIKLARI (BULAŞICI HASTALIKLAR)**

**SÜRE** : 45 dakika

**AMAÇ** : Yaşlıda sık görülen enfeksiyon hastalıkları konularında bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Yaşlıda enfeksiyonlara yatkınlık yaratan durumları sayabilmeli,
- Yaşlıda sık görülen enfeksiyonları sayabilmeli,
- Enfeksiyonların en önemli bulgusu olan ateşi tanımlayabilmeli,
- Pnömoni (zatürree) kliniğini, korunma yollarını söyleyebilmeli,
- Tüberküloz semptomlarını sıralayabilmeli,
- Grip tanımını yapıp, klinik özellikleri ve korunma yollarını sıralayabilmeli,
- İdrar yolu enfeksiyonu semptomları ve korunma yollarını açıklayabilmeli,
- İshal tanımını yapıp, korunma yollarını sayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kağıtları (Flip-chart)

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, domuz gribi salgını ile ilgili eski gazete kupürlerini katılımcılara dağıtarak, gribin nasıl bir hastalık olduğunu, grip salgınlarının nedenini ve grip salgını sırasında hastalıktan korunmak için neler yaptıklarını sorar. Herkesin görüşlerini alır.*



### **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, katılımcılara kaç kişinin enfeksiyon (bulaşıcı hastalık) geçiren yaşlı gördüğünü sorar ve yaşlıda enfeksiyon hastalıklarının çok sık görüldüğünü vurgulayarak, yaşlıya enfeksiyonlara yatkın yapan nedenler konusunda bilgi vererek konuya giriş yapar.*



## YAŞLILIK VE ENFEKSİYON

Enfeksiyonlar, yaşlıda en sık görülen hastalıklardan biridir. Ayrıca gerek tek başına, gerekse diğer hastalıklara eşlik ederek ölümlere neden olabilir.

Yaşlılar vücut direncindeki düşme, mevcut kronik hastalıkları (diabetes mellitus, böbrek yetmezliği, KOAH, kalp yetmezliği, kanser, vb.), beslenme yetersizlikleri, temizliklerine dikkat edememeleri (fonksiyonel kısıtlılıkları ve sosyal destek eksikliği nedeniyle) ve kullandıkları ilaçlar nedeniyle enfeksiyonlara daha sık yakalanırlar ve daha ağır geçirirler.

*Eğitimci, çevrelerindeki yaşlılarda hangi enfeksiyon hastalıklarını gördüklerini sorup bunları tahtaya yazar. Sayılan nedenleri de göz önünde tutarak yaşlıda en sık görülen enfeksiyon hastalıklarının listesini yapar. Aşağıdaki hastalıkların hepsini söylemelerini sağlar.*

### **Yaşlıda sık görülen enfeksiyon hastalıkları:**

Akciğer enfeksiyonları (Pnömoni, bronşit, tüberküloz)  
İdrar yolu enfeksiyonu  
Grip, nezle  
Sinüzit  
İshal  
Selülit (deri enfeksiyonları)  
Zona

*Enfeksiyonu olan kişilerde hangi şikayetlerin olabileceği sorularak tüm enfeksiyonların en önemli ortak yanının ateş olduğu sonucuna ulaşılır. Daha sonra hazırlanan materyal gösterilerek ateşin ne olduğu açıklanır.*

Normal vücut ısısı 36.5-37.5°C dir. Vücut ısısının 37.5°C ve üzerinde olmasına ateş denir. Ateşin en önemli nedeni enfeksiyonlardır. Ancak yaşlılarda çeşitli nedenlerle ateş cevabı zayıf olabileceğinden, enfeksiyonu olan yaşlılarda gençlere kıyasla ateş daha düşük seyredebilir, hatta yükselmeyebilir. Vücut ısısının 36°C ve altına düşmesine hipotermi denir ve hastalığın çok ağır olduğu anlamına gelir.

*Eğitimci, daha sonra en sık görülen ve hayati olan enfeksiyon hastalıklarının kliniği, gençlerden farklılıklarını ve korunma yollarını özetler.*

### **Pnömoni:**

Akciğerin enfeksiyonudur. Yaşlıda enfeksiyonlara bağlı ölümlerin en önemli nedenidir. Klasik semptomları ateş, öksürük, nefes darlığı ve balgamdır. Ancak özellikle çok yaşlı ve düşük yaşlılarda bu bulgular birarada olmayabilir, hatta hasta bulantı, kusma, iştahsızlık, bilinç bulanıklığı, çok veya az uyuma gibi akciğer dışı şikayetlerle doktora başvurabilir. Özellikle çok yaşlılar, çok hastalığı olanlar (KOA, kalp yetmezliği, kanser, inme, yutma bozuklukları), çok ilaç kullananlarda (özellikle vücut savunma sistemini baskılayan ilaçlar) ve grip olanlarda, akabinde pnömoni gelişme riski artmıştır.

**Yaşlıda pnömoni acil-önemli bir klinik tablo olup mümkünse yatarak hastane şartlarında tedavi edilmesi gerektiğinden, şüphelenildiği takdirde hemen hastaneye başvurulmalıdır.**

Hastalık kişiden kişiye yakın temas sonucu solunum damlacıkları ile bulaşır. Yemeklerini iyi yutamayan, akciğerlerine kaçırılan yaşlılarda da pnömoni riski artmıştır.

Tüm yaşlılar pnömoniden korunma için her yıl grip aşısı, 5 yılda bir pnömoni aşısı yaptırmalıdır. Genel hijyen kuralları yanında ağız hijyenine, yutma bozukluğu olanların uygun şekilde beslenmesine dikkat edilmelidir.

*Eğitimci, burada tüberkülozun da bir çeşit pnömoni olduğunu, ancak bulaşıcılığı, sinsi seyrettiği için tanısının daha zor olduğu, tedavi zorluğu, komplikasyonları ve kronikleşebilmesi gibi nedenlerle özellik arzettiğinin üzerinde durmalıdır.*

### **Tüberküloz (Verem)**

Özel bir mikrop türünün yaptığı bir çeşit pnömonidir. Ancak nadir de olsa başka organlarda da hastalık yapabilir (kemik, lenf, karaciğer, beyin, vb). Genelde solunum yoluyla vücuda girer ve hemen hastalık yapmadan bekler. Vücudun zayıf ve savunmasız olduğu bir zamanda yerleştiği yerde çoğalmaya ve öksürükle çevreye yayılmaya başlar. Öksürüğe, balgam (kanlı olabilir), ateş, halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı ve gece terlemesi eşlik edebilir. Gecikmeden tedaviye başlamak önemlidir. Önerilen ilaçları önerilen sürede ve hekim kontrolünde kullanmak önemlidir. Nadirde olsa tedaviye direnç olabileceği, hastalığın yıllar sonra vücudun zayıf bir anında tekrar ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.

*Daha sonra sırasıyla idar yolu enfeksiyonu, grip, ishal hakkında kısa bilgi verilir.*

### **İdrar Yolu Enfeksiyonu**

Yaşlıda en sık görülen bakteriyal enfeksiyondur. İdrar sondası kullanımı, diyabet, nörolojik hastalıklar, kadınlarda menapoza bağlı değişiklikler, erkekte prostat hastalıkları idrar yolu enfeksiyonlarının yaşlıda sıklığını arttıran nedenlerdir. İdrar yaparken yanma, acil sıkışma hissi, az-az sık idrara çıkma tipik şikayetleridir. Ancak yaşlılarda idrar kaçırma, idrar yapamama gibi şikayetler de sık olarak görülür. Ayaktan antibiyotik tedavisi genelde yeterlidir. Korunmada genel hijyenik öneriler, mümkün olduğunca sondadan kaçınılması, üriner sistemin mevcut anatomik hastalıklarının biran önce tedavisi, diyabetin tedavisi önemlidir.

### **Grip**

Ani başlayan ateş, öksürük, baş ağrısı, boğaz ağrısı ve yaygın kas ağrısı vardır. Yaşlılarda bilinç bulanıklığı, genel durum bozukluğu şikayetleri ön planda olabilir. Genelde salgınlar şeklinde seyreder. Çevrede benzer semptomları olan kişilerin var olması tanıyı destekler. Yaşlılarda pnömونيye ilerleyebileceği akılda bulundurulmalıdır. Korunmada, genel hijyen kuralları, hastalardan uzak durmak, maske kullanmak, kapalı ve toplu mekanlardan uzak durmanın yanında her yıl Ekim-Kasım aylarında grip aşısı yaptırılması önemlidir.

### **İshal**

Günde 3'den fazla cıvık veya sulu dışkılamadır. Karın ağrısı, acil dışkılama hissi, şişkinlik olabilir. Yeni başlayan ishalin en önemli nedeni enfeksiyonlardır. Genelde tedavide sadece bol sıvı almak yeterlidir. Ancak kanlı ishal, yüksek ateş, genel durum bozukluğu varsa, yaşlı yeterince sıvı alamıyorsa antibiyotik tedavisi, damardan sıvı tedavisi gerekli olabileceğinden hastaneye baş vurulmalıdır. Korunmada genel hijyen kuralları, beklemiş-şüpheli gıdaları tüketmemek önemlidir.

*Eğitimci, enfeksiyonlarla ilgili pratik öneriler ve korunma yollarını anlatarak devam eder.*

### **Pratik Öneriler**

Hekim önermeden antibiyotik kullanılmamalıdır.

Ateşi varsa ateş düşürücü verilmeli, düşmezse hemen hekime başvurulmalıdır.

Genel durum bozukluğu, bilinç değişikliği varsa hemen hekime başvurulmalıdır.

Pnömoni düşünülüyorsa hekime başvurulmalıdır.

Mevcut hastalıklarında bozulma varsa hekime başvurulmalıdır.

### **Korunma**

Eller sabunla köpütülerek iyice yıkanmalı,

Hastaya ait eşyalar kullanılmamalı, kullanılacaksa iyice temizlendikten sonra kullanılmalı,

Özellikle solunum yoluyla bulaşan hastalıklarda mümkünse izolasyon uygulanmalı, maske kullanılmalı, odalar sık sık havalandırılmalı,

İdrar veya dışkı ile bulaşma söz konusu ile tuvalet ayrılmalı, ayrılamıyorsa sık sık dezenfektanla temizlenmeli,

Hastanın kan, idrar, balgam, dışkı gibi atıkları ile doğrudan temastan kaçınılmalı,

Önerilen aşılar zamanında yapılmalıdır.

## ÖZET

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerle konuyu kısaca özetler.*

Enfeksiyonlar yaşlıda en sık görülen hastalık grubu olmasının yanında, ölümlerinde en önemli nedenlerinden birisidir. Yaşlıda en sık görülen enfeksiyon hastalıkları pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu, grip ve ishaldir. Yaşlılarda bu hastalıklar çeşitli nedenlerle klasik hastalık tablosundan farklı seyredebilir. Hastaların 1/3'ünde ateş olmayabilir. Korunmada genel enfeksiyonlardan korunma ilkelerine uyulması ve aşılama önemlidir.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak dersin değerlendirmesini yapar.*

1. Tüm enfeksiyon hastalıklarındaki ortak şikayet nedir?
2. Normal vücut ısısı kaçtır, ateş demek için kaç olmalıdır?
3. Yaşlıda en sık görülen enfeksiyon hastalıkları nelerdir?
4. Klasik pnömoni şikayetleri nelerdir, yaşlıda farklı olarak neler olabilir?
5. Enfeksiyonlardan korunmak için neler yapılmalıdır?

## KAYNAKLAR

1. Halter JB, Ouslander JB, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S (eds). Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. Sixth edition. Mc Graw Hill Co. 2009. pp:1507-1580.
2. Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL (eds). Current Geriatric Diagnosis and Treatment. First edition. Mc Graw Hill Co., 2004, pp:348-358.



# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

20

# YAŞLILARDA TİROİD HASTALIKLARI

*Sevnaz ŞAHİN*  
*Sevgi ARAS*  
*Teslime ATLI*  
*Ergün BOZOĞLU*  
*Zekeriya ÜLGER*  
*Murat VARLI*





## **KONU : TİROİD HASTALIKLARI**

**SÜRE** : 45 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılarda tiroid hastalıkları konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Tiroidin yerini gösterebilmeli, görevlerini sayabilmeli,
- Sık görülen tiroid hastalıklarını sayabilmeli,
- Hipotiroidi ve hipertiroidi bulgularını açıklayabilmeli,
- Guatrın tanımını yapabilmeli,
- Tiroid nodülünü tanımlayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap
- Olgu sunumu

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtlar (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, tüm katılımcılara ellerini çenenin altından aşağı doğru götürmelerini adem elması bulmalarını ve yutkunmalarını ister. Bugünkü eğitimde parmakları altında hareketini hissettikleri bezle ilgili konuşacaklarını söyler ve devam eder.*

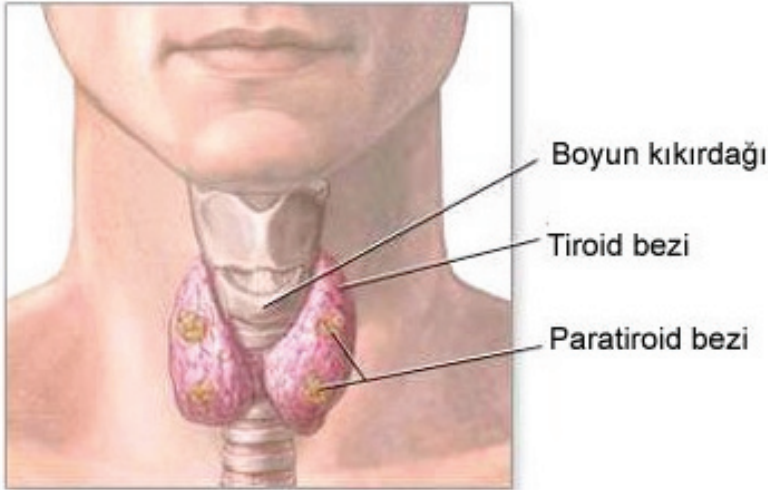
### **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, katılımcılara aşağıdaki resmi gösterip tiroid bezi hakkında genel bilgiler vererek konuya giriş yapar.*

Tiroid bezi boynun ön kısmında, adem elması denen kıkırdağın hemen altında, nefes borusu (trakea) önünde bulunan kelebek şeklinde bir organdır. Sağ ve sol olarak ikiye ayrılan bezin, her bir bölümüne tiroid lobu ismi verilir, yaklaşık 25-40 gr ağırlığındadır. Bu iki lob, isthmus denilen ince bir tiroid dokusu ile birbirine bağlanır.



### **Şekil 1: Tiroid Bezinin Yerleşimi**

Tiroid bezi T3 ve T4 hormonlarını salgılar. Bu hormonlar vücut ısımızdan, sindirim sisteminin çalışmasına, kalp atım sayımız ve terlememize kadar bir çok fonksiyonu kontrol ederler. Tiroid bezinin çalışması beyindeki hipofiz bezi dediğimiz organdan salgılanan “TSH” ile kontrol edilir.

Eğitimci, tiroid bezi hakkında bilgi verdikten sonra katılımcılara bildikleri tiroid hastalığı var mı diye sorarak alınan cevapları tahtaya yazar ve eksik hastalık varsa tamamlar.

### **Sık görülen tiroid hastalıkları:**

1. Hipotirodi
2. Hipertiroidi
3. Guatr
4. Nodül

Hormonun az salgılanması hipotirodiye, çok salgılanması ise hipertiroidiye neden olur. Hipotirodi, halk arasında tembel guatr olarak, hipertiroidi ise zehirli guatr olarak bilinmektedir.

Tiroid bezinin genel olarak büyümüş olduğu durumlara guatr adı verilir.

Eğitimci, tiroid hastalıklarını sıraladıktan sonra hastalıkların bulgularını tek tek anlatır.

### **Hipotiroidi (Tiroid hormon azlığı)**

Sık görülen şikayetler:

- ⇒ Kabızlık
- ⇒ Saçlarda dökülme
- ⇒ Kilo alımı
- ⇒ Halsizlik , Yorgunluk
- ⇒ Çok üşüme
- ⇒ Uyku hali
- ⇒ Unutkanlık
- ⇒ Depresyon

Hipotiroidi tedavisi olan bir hastalıktır, nedene bağlı olarak hayat boyu tedavi gerekebilir. Tedavide eksik olan tiroid hormonu hap olarak alınır. Tedavi sırasında gerekli sıklıkla kan tahlili yapılarak uygun doz bulunur. Bu nedenle düzenli doktor kontrolü gereklidir.

Eğitimci, hipotiroidi bulgularının yaşlılığın doğal bulgularıyla karıştırılmamasına dikkat çekmelidir.

**Yaşlılarda hipotiroidi bulguları sıklıkla yaşa bağlı doğal değişiklikler olarak düşünülmemekte ve tanı gecikebilmektedir.**

**Örneğin; Yaşlı hastada meydana gelen unutkanlık hemen yaşlılığa bağlanmamalı, hipotiroidi akla gelmeli ve doktora başvurulmalıdır.**

Eğitimci, daha sonra hipertiroidiyi ayrıntılı olarak anlatır.

### **Hipertroidi (Tiroid hormon fazlalığı)**

#### **Sık görülen şikayetler:**

- ⇒ İshal
- ⇒ Terleme
- ⇒ Çarpıntı
- ⇒ Zayıflama
- ⇒ Uykusuzluk
- ⇒ Sinirlilik, huzursuzluk

Hipertroidi tedavisi olan bir hastalıktır. Hastanın özelliklerine göre ilaç tedavisi, cerrahi tedavi veya radyoaktif iyot (atom) tedavisi tercih edilebilir.

Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak Guatr hakkında genel bilgiler verir.

**Guatr:** Tiroid bezinin genel olarak büyümüş olduğu durumlara verilen isimdir. En sık gıdalarla alınan iyot maddesinin eksikliğine bağlı gelişir. Daha az alınan iyodu daha iyi kullanabilmek anlamında depolanması şeklinde özetlenebilir. Bunun dışında tiroid bezinin içinde kitle oluşumları da guatra neden olabilir.

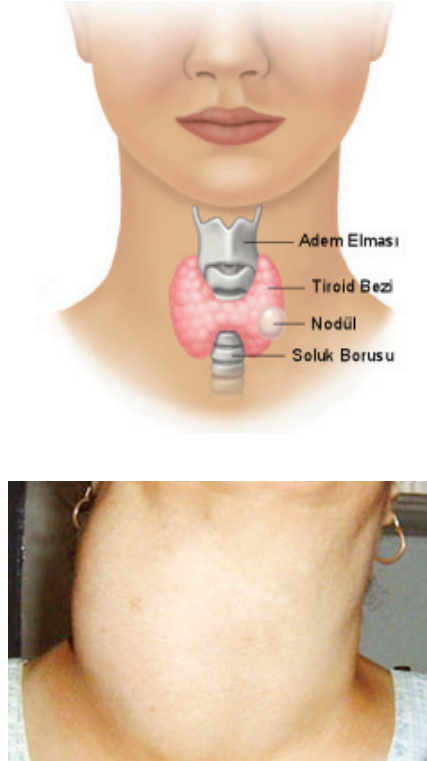


**Şekil 2: Guatr**

Guatr olan hastada fazla hormon salınımı varsa hipertroidi, az hormon salınımı varsa hipotroidi görülebilir. Bu nedenle her guatr hastasında hormon tetkikleri yapılmalıdır.

Eğitimci, aşağıdaki şekilleri göstererek (şekil 3) tiroid nodüllerini anlatır.

**Tiroid Nodülü:** Nodül; tiroid bezi içerisinde normalde olmaması gereken kitle veya yumru olarak tanımlanabilir (bakınız şekil 3). Nodüller farklı büyüklükte olabilir ve toplumda sık görülmektedir. Nodül saptanma sıklığı yaşla birlikte artar. Nodül gelişmesinde en önemli faktör yetersiz iyot alınmasıdır. Her nodül, hormon salgısının olup olmadığı ve malignite (kanser) açısından değerlendirilmelidir. Şüpheli nodüllerde biyopsi yapılarak kanser açısından taranmalıdır. Hızla büyüyen nodüller en kısa sürede tetkik edilmelidir.



**Şekil 3: Tiroid Nodülleri**

## ÖZET VE DEĞERLENDİRME

*Eğitimci, aşağıdaki olgu çalışmalarını ile konunun özet ve değerlendirmesini yapar.*

**Vaka 1 :** Ayşe hanım bir süredir yetmiş beş yaşındaki annesinin fazla uyuduğundan, içine kapandığından ve unutkan olduğundan şikayetçidir. Annesiyle ilgili yakındığı komşusu, annesinin artık yaşlandığını bunların normal olduğunu ve kafaya birşeyi takmış olabileceğini söyler. Ayşe hanım komşusuna hak verir annesiyle tatile çıkmaya karar verir.

**Soru:** Ayşe hanım nerede yanlış yapmaktadır?

**Yanıt:** Yaşlı hastalarda birçok hastalık bulgusu yaşa bağlı olarak normal kabul edilmekte ve doktora başvurulmamaktadır. Ayşe hanım da benzer şekilde annesinin şikayetlerini ilerleyen yaşına bağlayarak yanlış yapmaktadır. Ayşe hanım annesinde çok uyumaya ve depresyona neden olabilecek hastalıkların araştırılması için annesini hekime götürmeliydi.

**Soru:** Hangi tiroid hastalığında çok uyuma ve depresyon görülür?

**Yanıt:** Tiroid hormon salınımının azaldığı hipotroidi durumunda çok uyuma ve depresyon görülebilir.

**Vaka 2:** Yetmiş yaşındaki Ayla hanım son günlerde çarpıntı, terleme ve kilo kaybından şikayet etmektedir.

**Soru:** Ayla hanımda tiroid ile ilgili hangi hastalık olabilir?

**Yanıt:** Ayla hanımda tiroidin çok hormon salgılamasına bağlı hipertroidi olabilir.

**Soru:** Ayla hanım ne yapmalıdır?

**Yanıt:** Ayla hanım mevcut şikayetleri açısından mutlaka bir iç hastalıkları uzmanına gitmelidir.

**Soru:** Tiroidin yerini gösteriniz, görevlerini sayınız?

## KAYNAKLAR

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010.
2. Geriatri ve Gerontoloji. Arıoğul S (Ed). Nobel Tıp Yayın Evi 2006, Ankara.
3. Halter JB, Quslander JG, Tinetti MA, Studenski S, High KP, Asthana S Hazzard's Geriatric medicine and Gerontology, sixth edition, 2009, USA pp 1287-1304.
4. Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL (eds) Current Geriatric Diagnosis & Treatment first edition, the MacGraw Hill Companies 2004, pp 317-327.
5. Yöner Ö, Arslan S. Gastrointestinal Kanama ve Yaşlı. Geriatri ve Gerontoloji. Arıoğul S (Ed). Nobel Tıp Yayınevi, 2006. Ankara, pp 491-501.





# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

**KONU**

**21**

## **YAŞLILARDA DİYABET**

*Sevnaz ŞAHİN  
Sevgi ARAS  
Teslime ATLI  
Ergün BOZOĞLU  
Zekeriya ÜLGER  
Murat VARLI*



## **KONU : YAŞLILARDA ŞEKER HASTALIĞI (DİABETES MELLİTÜS)**

**SÜRE** : 45 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılarda Şeker hastalığı (Diabetes Mellitus) hakkında bilgi ve tutum kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Şeker hastalığının tanımını yapabilmeli,
- Şeker hastalığının hangi Şikayetlere neden olacağını ve nasıl tanı koyulduğunu söyleyebilmeli,
- Şeker hastalığının takibinde hangi sıklıkla kontrole gitmesi gerektiğini açıklayabilmeli,
- Şeker hastalığının neden önemli bir hastalık olduğunu söyleyebilmeli,
- İnsülin enjeksiyon bölgelerini sayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kağıtları (Flip-chart)
- Afiş-Broşür
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılara ailelerinde Şeker Hastalığı (Diabetes Mellitüs) tanısı olan var mı diye sorar alınan cevaplardan sonra hastalık hakkındaki genel bilgilerini öğrenir. Yakınlarında şeker hastası olanların neler yaşadıklarını paylaşmasını ister.*

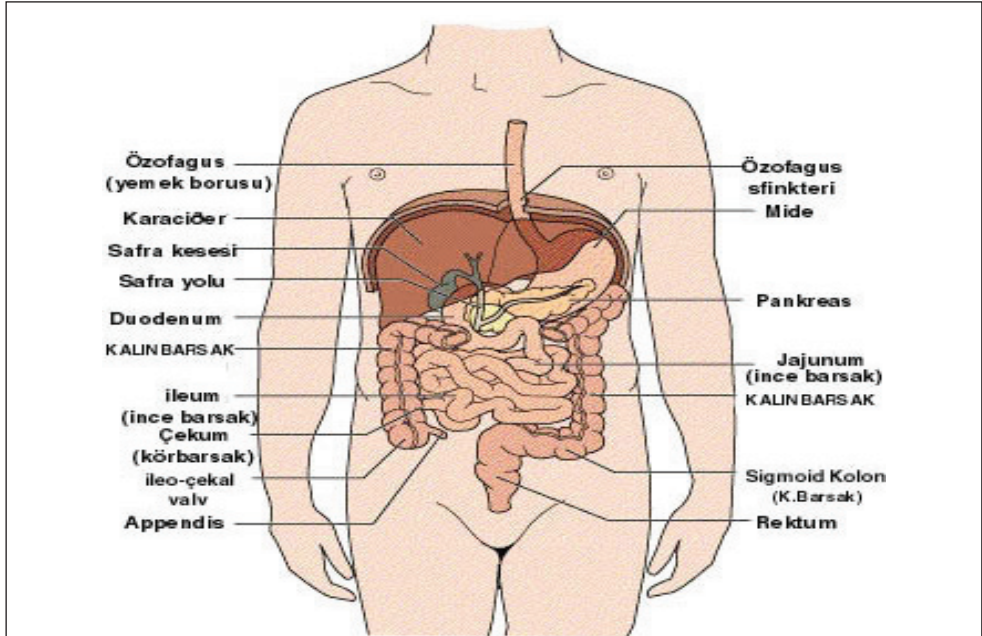
### **Giriş**

Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.

### **İşleniş**

*Eğitimci, aşağıdaki şekil ve bilgilerden yararlanarak şeker hastalığını açıklar.*

## **ŞEKER HASTALIĞI (DİABETES MELLİTÜS)**



Şeker hastalığı (Diabetes Mellitüs) midenin arkasındaki pankreasın yeterince görev yapamaması nedeniyle salgıladığı insülin miktarındaki yetersizlikten veya dolaşımdaki insülinin yeterince etkin olmaması ve kan şekerinin düşürülememesi ile kendini gösteren kronik bir hastalıktır. Pankreasın ne kadar hasarlandığına

bağlı olarak vücuttaki insülin azalmış olabilir veya hiç olmayabilir. Kan şekerinin normal düzeyin üzerinde seyretmesi (hiperglisemi) kişide çok su içme, çok idrara çıkma, kilo kaybı gibi şikayetlere neden olur. Hastalık her yaşta ortaya çıkabilir. Hastalık toplumda sık görülen kronik hastalıklardan biridir ve sıklığı yaşla artar. Altmış beş yaş üstünde %12 ye çıkmaktadır.

Diyabet prevalansı altmış beş yaşına kadar kadınlar ve erkekler arasında farklılık göstermezken sonrasında erkekler için daha yüksektir.

*Eğitimci, şeker hastalığının bulgularını ve nasıl tanı konulduğunu anlatır.*

### **Bulgular**

Şeker hastalığı, sıklıkla çok su içme çok idrara gitme, halsizlik, kilo kaybı gibi bulgularla kendini gösterirken yaşlı bireyde bilinçte değişiklik, sık enfeksiyonlar, bitkinlik gibi bulgularla ortaya çıkabilir. Yaşlı hastalar kimi zaman hastalığa bağlı gözde etkilenme (retinopati), böbrek hasarı (nefropati) gibi bulgularla da hekime başvurabilir.

### **Tanı**

Tanı için herhangi bir zamanda bakılan şikayetlerin varlığında, plazma kan şekerinin 200 mg/dl'in üzerinde olması veya Açlık Kan Şekerinin 2 kere, 126 mg/dl 'in üzerinde saptanması yeterlidir.

Oral Glikoz Tolerans Testinde 2. Saatte Kan Şekerinin 200 mg/dl in üzerinde saptanması şeker hastalığı tanısını koydurur.

*Eğitimci, katılımcılara kendilerinde şeker hastalığı olma riski olup olmadığını sorarak riskli gruplar hakkında katılımcıların görüşünü alır ve sonrasında kimlerde riskin yüksek olduğunu anlatır.*

### **Kimler Daha Risklidir?**

Kilolu yaşlılar (Beden kitle indeksi 25 kg/m<sup>2</sup> üzerinde olanlar), ailede şeker hastalığı öyküsü olan, hipertansiyon, kan yağları yüksek olan, inaktif yaşlılar daha risklidir ve yılda 1 kere açlık kan şekeri ile taranmalıdır.

Eğitimci, katılımcılara şeker hastalığının önemli bir hastalık olduğunu söyler ve sizce bunun nedeni nedir diye sorar, söylenen nedenleri yazar ve eksik kalan nedenleri tamamlar.

### **Şeker Hastalığı Neden Önemlidir?**

Tedavi edilmezse kan şeker düzeyinin yüksek olmasına bağlı olarak birçok organda hasara neden olabilir.

Vücuda etkilerini ani (akut) ve uzun sürede ortaya çıkan, süregelen (kronik) sorunlar olarak 2 başlık altında toplayabiliriz.

#### **Ani Sorunlar:**

En sık görülen şeker komasıdır. Kan şekerinin aşırı yükselmesi sonucu oluşur. Hastada bilinç bulanıklığından, bilinç kaybına kadar giden bulgular ortaya çıkabilir. Hemen müdahale edilmezse ölüm riski vardır.

#### **Süregelen Sorunlar:**

Vücuttaki organlarımızı besleyen damarlarda etkilenmeye neden olarak organ hasarı yapar. En sık tutulan organlar göz, böbrekler ve kalptir. Bunun dışındaki önemli diğer problem ise ayak yaralarıdır.

Şeker hastalarında en sık ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Özellikle hiçbir şikayete neden olmayan sessiz kalp krizlerinde (Myokard İnfaktüsü) risk en yüksektir.

Şeker hastalığında göz tutulumu bulanık görmeden ani körlüğe kadar birçok şekilde kendini gösterebilir.

Son dönem böbrek hastalığının en önemli nedeni şeker hastalığıdır. Böbrek tutulumunun ilk aşaması idrarla protein kaybının olduğu aşamadır bu aşamada saptanarak gerekli önlemler alınmazsa diyaliz aşamasına kadar giden böbrek hasarı oluşabilir.

Şeker hastalarında sık görülen sorunlardan bir tanesi de ayak yaralarıdır. Uygunsuz ayakkabı kullanımı, uygunsuz tırnak kesimi ve ayak bakımının yeterince yapılmaması ile ayaklarda sıklıkla da tırnak yataklarında enfeksiyon gelişir. Yüksek şeker nedeniyle ayak damarlarının hasarlanması sonucu enfeksiyon bölgesinin beslenememesi, tedavinin yetersiz kalması ayak amputasyonuna (kesilmesi) kadar giden sonuçlara neden olabilir.

Eğitimci, katılımcılara tedavinin amaçlarını açıklayarak kan şekerinin tedaviyle kaça indirilmesi gerektiğini sorar ve ardından uygun değerleri söyler.

### **Şeker Hastalığı Tedavisinde Amaç:**

- Bulgularının ortadan kaldırılması
- Ani ortaya çıkan sorunların önlenmesi
- Süregen sorunların önlenmesi

Yaşam kalitesinin artırılarak sağlıklı bireylerle benzer yaşam şartlarının oluşturulması

### **Şeker Hastasında Kan Şekeri Hangi Düzeyde Tutulmalı?**

Yaşlı hastada hedef kan şekeri düzeyinin belirlenmesinde yaşının fonksiyonel durumu, eşlik eden diğer hastalıkların varlığı, beklenen yaşam süresi son derece önemlidir.

Önerilen kan şekeri düzeyleri Açlık Kan Şekeri <110 mg/dl, Tokluk Kan Şekeri <140 mg/dl, HbA1c<%6.5 düzeylerinde olmalıdır.

Ancak genel olarak düşükün, yaşam beklentisi düşük olan yaşlıda kan şekeri düzeyleri 150-200 mg/dl ye kadar, HbA1c 7.5-8'e kadar kabul edilebilir. Yaşlılarda kan şekeri düzeylerinin düşmesinin çok daha tehlikeli olabileceği unutulmamalıdır.

Eğitimci, şeker hastalığı takibinde sadece belli aralarla kan şekeri ölçümünün yapılmasının yeterli olmadığını vurgular ve diğer takipleri anlatır.

**Şeker hastalığının takibinde belli aralıklarla kan şekerinin kontrolünün yapılması yeterli değildir.**

### **Hastalığın Takibi**

Hastalığın takibi olası organ tutulumlarının taranması gibi gerekli önlemlerin alınmasını gerektirir.

Bu nedenlerle:

- ⇒ Yeni tanı alan şeker hastası kan şekerinin düzeyine ve başlanan tedaviye göre hekimin önerdiği sıklıkla kontrole gitmelidir.
- ⇒ Kan şekeri düzenli olsa da her şeker hastası 6 ayda bir hekim kontrolüne gitmelidir.

- ⇒ 3-6 ay arayla Hb1 c düzeyi bakılmalıdır.
- ⇒ Göz tutulumu açısından hiçbir şikayet olmasa bile yılda 1 kere göz muayenesi yapılmalıdır.
- ⇒ Böbrek tutulumu açısından hiçbir şikayet olmasa bile yılda 1 kere 24 saatlik idrar toplanılarak mikroalbuminüri bakılmalıdır.

*Eğitimci, şeker hastalığının tedavisini anlatırken özellikle diyet ve egzersiz üzerinde durarak, hastanın diyetinin dengeli beslenme için önerilen diyet olduğunu vurgular.*

### **Tedavi Seçenekleri:**

Hastalığın tedavisinde diyet ve egzersiz tüm şeker hastalarının hayat boyu uygulayacakları bir yaşam tarzı olmalıdır. Hasta kilo vererek ideal kiloya ulaşmalıdır. Kilo verme, diyet ve egzersiz ile kan şekerinin istenen düzeye gelmemesi halinde uygun ilaç tedavisine geçilmelidir. Uygun tedaviye geçişin ertelenmesi sadece hastalığa bağlı organ hasarının ilerlemesine neden olacaktır. Şeker hastası mutlaka sigarayı bırakmalıdır.

Şeker hastasının diyeti sağlıklı beslenme diyetidir. Sadece kişinin boyuna, kilosuna göre ön görülen kaloride ve düzenli olarak beslenmesi gereklidir. Şeker hastası 3 ana 3'te ara öğün beslenmelidir. Diyetinden kan şekerini hızla yükselten basit şekerleri (çay şekeri, reçel ve bal gibi) çıkarmalıdır.

Şeker hastasının düzenli egzersiz yapması en az diyet kadar önemlidir. Egzersiz için ideal olan kişiye özel programın çıkarılmasıdır. Bu imkan yoksa düzenli olarak haftada en az 3 kere 30-45 dakika yürüyüş yapılmalıdır.

Tedavide kullanılan oral alınan ilaçların etkili olabilmeleri için önerilen şekilde alınması çok önemlidir. Hasta ilacını aç mı? tok mu? alacağını hekimine sormalı ve ona göre kullanılmalıdır.

Şeker hastalığı tedavisinde diyet, kilo kaybı, oral ilaç tedavisi ile kan şekeri istenilen düzeye inmiyorsa veya hastada organ etkilenmeleri başladıysa veya hap kullanması uygun değilse vakit kaybetmeden insülin tedavisine geçilmelidir.

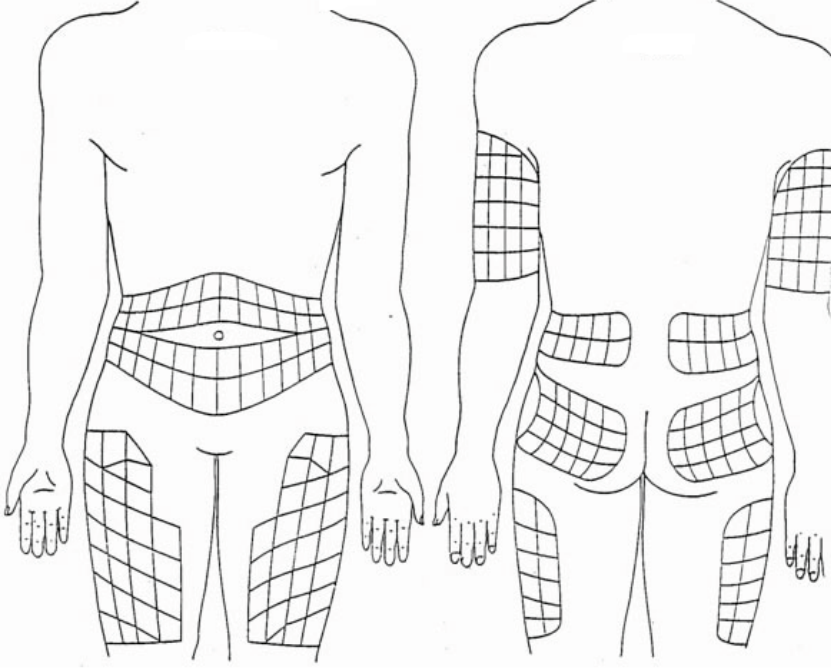
*Eğitimci, tedavideki seçeneklerden bir tanesinin de insülin olduğunu belirttiikten sonra insülin tedavisindeki önemli noktaları vurgular.*



**İnsülin Tedavisinde Önemli Noktalar:**

- ⇒ İnsülin tedavisi alan hasta öğün atlamamalıdır. Yemeği hazırlayamadıysa veya ulaşma problemi varsa insülinini yapmamalıdır.
- ⇒ İnsülin dolapta muhafaza edilmelidir.
- ⇒ İnsülin yapılmadan önce eller yıkanmalıdır.
- ⇒ İnsülin dönüşümlü olarak uygun yere uygulanmalıdır (Bakınız şekil 1).
- ⇒ İnsülin uygulaması sonrası enjeksiyon yeri ovulmamalı, masaj yapılmamalıdır.

**Şekil 1: İnsülin Enjeksiyon Yerleri**



*Eğitimci, tedavide kullanılan insülinin vücutta kullanılan bir maddenin yerine konulduğunu, hastada alışkanlık veya bağımlılığa neden olmadığını özellikle vurgulayarak hastaların insülin hakkındaki kuşkularını giderir.*

**İnsülin tedavisi vücutta eksik olan bir maddeyi yerine koyulmasıdır. Hastada alışkanlık veya bağımlılığa neden olmaz.**

## ÖZET

*Eğitimci aşağıdaki bilgilerden yararlanarak konuyu kısaca özetler.*

Şeker hastalığı sık görülen, tedavisi olan önemli bir hastalıktır. Hastanın hastalığı iyi tanınması, kendisine verebileceği zararları bilerek önlem alması gereklidir. Şeker hastası dengeli beslenmeli, düzenli egzersiz yapmalı, ideal kiloya inmelidir. Hasta hekim tarafından uygun görülen tedaviyi uygulamalı ve gerektiği anda insülin tedavisine geçmelidir. Şeker hastalığının uygun tedavisi ancak hastanın hekimle işbirliği ile mümkün olabilir.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. Şeker Hastalığı hangi şikayetlere neden olur?
2. Şeker Hastalığı tanısı nasıl koyulur?
3. Şeker Hastalığının takibinde hangi sıklıkla kontrole gidilmelidir?
4. Şeker Hastalığı neden önemli bir hastalıktır?
5. İnsülin enjeksiyon yerlerini sayınız.

## KAYNAKLAR

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010.
2. Geriatri ve Gerontoloji. Arıoğlu S (Ed). Nobel Tıp Yayın Evi 2006, Ankara.
3. Halter JB, Quslander JG, Tinetti MA, Studenski S, High KP, Asthana S Hazzard's Geriatric medicine and Gerontology, sixth edition, 2009, USA, pp 1305-1324.
4. Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL (eds) Current Geriatric Diagnosis & Treatment first edition, the MacGraw Hill Companies 2004, pp 338-347.

# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

22

# YAŞLILARDA BİLİNÇ BULANIKLIĞI

*Sevnaz ŞAHİN*  
*Sevgi ARAS*  
*Teslime ATLI*  
*Ergün BOZOĞLU*  
*Zekeriya ÜLGER*  
*Murat VARLI*



## **KONU : YAŞLILARDA BİLİNÇ BULANIKLIĞI**

**SÜRE** : 45 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılarda bilinç bulanıklığı, bilinç kaybı ve inme hakkında bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Bilincin tanımını yapabilmeli,
- Bilinç bulanıklığının tanımını yapabilmeli,
- Bilinç bulanıklığı yapan hastalıkları sıralayabilmeli,
- Bilinç kaybını tanımlayabilmeli,
- Bilinç kaybı yapan nedenleri sıralayabilmeli,
- İnmeden korunmak için alınacak önlemleri sayabilmeli,
- Bilinç bulanıklığı gelişen diyabetik yaşlıda ilk müdahaleyi söyleyebilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtlar (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılara aşağıdaki resmi gösterir ve neler gördüklerini sorar; sonrasında “Sizce bilinç nedir? Bu kişi bilinçli midir? Çevresiyle ilişkisi sizce nasıl?” gibi bazı sorular sorar. Cevapları aldıktan sonra konunun içeriğinin bu sorulara cevap vereceğini belirterek devam eder.*



## Giriş

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

## İşleniş

*Eğitimci, bu bölümde bilincin ve bilinç değişikliğinin tanımlarını verir. Katılımcılara bilinçte meydana gelen ani değişikliklerin önemli olduğunu ve acil müdahale gerektirdiğini vurgular.*



**Bilinç:** Kişinin kendisinin ve etrafının farkında olma durumu, uyanıklık halidir.

**Bilinç bulanıklığı:** Kişi uyanık olduğu halde bir şaşkınlık, zihnin tam açık olamaması, olayları tam olarak kavrayamama, çevreyi tam ve doğru olarak algılayamama halidir. Hasta ayaktadır, gezmekte, konuşmaktadır ama bu sırada nerede olduğu, zamanın ne olduğu konusunda kafası karışık. Çevresindeki kişileri tanımlamakta zorlanır neden orada olduğunu anlatamaz. Örneğin; yılı, ayı bilebilir ama günü saati bilemeyebilir.

Yaşlı hastalarda, ani başlayan, arada düzelme dönemlerinin olduğu bilinç bulanıkları

**Deliryum** olarak tanımlanır. Deliryumda yaşlının algılamasında, duygu durumunda ve dikkatinde saatler içinde değişen farklılıklar olur.

**Bilinç Kaybı (koma):** Kişinin bilincinin tam olarak kaybolması, etrafiyla diyalogunun tamamen kopması halidir, dışarıdan gelen uyarılara yanıt verilemez.

**Öncesinde bilinçle ilgili hiçbir şikâyeti olmayan yaşlıda ani meydana gelen bilinç bulanıklığı yeni ortaya çıkan bir hastalığı işaret edebileceği için son derece önemlidir.**

**Ani bilinç değişikliğinin fark edilmesi halinde en yakın sağlık kurumuna hemen müracaat edilmelidir.**

*Eğitimci, yaşlılarda bilinç bulanıklığında mutlaka acilen hekime başvurulması gerektiğini vurguladıktan sonra hangi durumlarda bilinç bulanıklığından şüphelenilmesi gerektiğini belirtir.*

### **Bilinç Bulanıklığından Ne Zaman Şüphelenilmeli?**

- Yaşlıda ani başlayan çok uyuma veya hiç uyumama, huzursuzluk oluşması,
- Yeme içme düzeninde bozulma,
- Bulunduğu yeri, etrafındaki kişileri tanımamaya,
- Dikkat toplamada zorlanma,
- Sorulan sorulara uygunsuz yanıtlar verme.

*Eğitimci, daha sonra bilinç bulanıklığı nedenlerini, yaşlılarda bilinç bulanıklığında beyin dışı nedenleri ve yaşlıda bilinç değişikliklerinin özelliğine aşağıdaki bilgilerden yararlanarak vurgu yapar:*

### **Bilinç Bulanıklığının Nedenleri:**

#### **➤ Beyin hastalıkları**

#### **➤ Beyin hastalıkları dışındaki nedenler**

- Enfeksiyon
- Dehidratasyon (susuz kalma)
- Alıştığı, güvendiği ortamın değişmesi (yeni bir eve geçme, huzurevine geçme, hastaneye yatma gibi)
- Kan şekeri düzeyinin artması veya düşmesi
- Tansiyonda yükseklik
- Kalp yetmezliği, karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği
- Beslenme yetersizliği
- Vücuttaki tuz düzeyinin aşırı artması veya azalması
- Vitamin B12 düzeyinde düşme



Yaşlıda bilinç bulanıklığında beyin dışı bir çok neden akla gelmelidir. Yaşlının susuz kalması, alıştığı ortamdan ayrılması da bilinç bulanıklığına neden olabilir.

### **Bilinç Değişikliklerinin Özellikleri:**

Yaşlılarda bilinç bulanıklığının özelliği dakikalar ve saatler içerisinde farklılıklar gösterebileceğidir. Bir an bilinci yerine gelirken sonrasında tamamen değişebilir. Bu nedenle yaşlının bir an bilincinin yerine gelmesi iyileştiği anlamına gelmemelidir.

*Eğitimci, katılımcılara bilinç kaybına neden olabilecek hastalıkları sorar, gelen cevapları kaydeder, liste oluşturur ve aşağıdaki nedenlerden eksik kalanları tahtaya yazarak tamamlar.*



### **Bilinç Kaybı (Koma) Nedenleri**

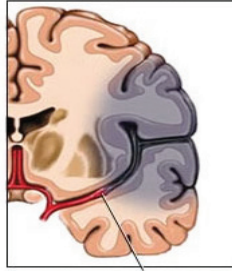
- Beyin hastalıkları
  - İnme
  - Beyinin enfeksiyon hastalıkları (menenjit gibi)
  - Çarpma, düşme
  - Geçici iskemik atak- Kısa süreli bilinç kaybı
  - Epilepsi (sara atağı)- Kısa süreli bilinç kaybı
  - Bayılma – Kısa süreli bilinç kaybı
- Beyin hastalıkları dışındaki nedenler
  - İleri dönem kalp yetmezliği, ileri dönem karaciğer yetmezliği, ileri dönem akciğer hastalıkları
  - Kan şekeri düzeyinin artması veya düşmesi

- Kan üre düzeyinin artması (ileri dönem böbrek hastalıkları)
- Kanda tuz oranının aşırı artması veya azalması
- Ateşin aşırı yüksekliği
- Zehirlenmeler

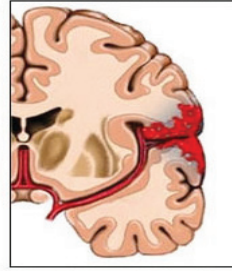
*Eğitimci, ani bilinç kaybının beyin kaynaklı en önemli nedenlerinden birinin inmeler olduğunu vurgular ve inme hakkında ayrıntılı bilgi verir.*

### **İnme (felç):**

Beyin kan damarlarından birinin aniden tıkanmasıyla beyne giden kan akımının gidişinin yavaşlaması ya da durması sonucunda veya beyin damarlarından birinin ani şekilde yırtılarak (beyin kanaması), kanın beyin dokusu içine akması sonucu ortaya çıkan hastalıktır (Bakınız Şekil 1). İnme, dünyada kalp hastalığı ve kanserden sonra gelen en önemli ölüm nedenlerinden bir tanesidir.



Kan pıhtısı beyin damarını tikiyor



Damar dışına çıkan kan beyin içine veya etrafına yayılıyor

### **Şekil 1: İnmeye Neden Olan Olaylar**

#### **İnme İçin Risk Faktörleri**

Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, sigara içimi, yüksek kolesterol ve geçici iskemik ataklar inmeye neden olan risk faktörleri arasında yer alır.

#### **İnmenin Belirtileri**

Beyinde meydana gelen hasarın yerine ve büyüklüğüne göre inmenin belirtileri de değişir. İnme beynin hangi alanını tuttuysa, problemler vücudun o bölüm tarafından yönetilen kısımlarında görülür. Vücudun yarısında uyuşukluk, kuvvetsizlik, konuşma, görme bozuklukları, dengesizlik, bilinç değişiklikleri ani bilinç kaybı bu belirtilerden bazılarını oluşturur.

### **İnmenin Önlenmesi**

- Hipertansiyonun kontrol altına alınması,
- Sigaranın bırakılması,
- Diyabetin tedavisi,
- Kolesterol yüksekliğinin tedavisi.

*Eğitimci, bilinç bulanıklığı hakkında genel bilgileri verdikten sonra sık görülmesi nedeniyle bilinç bulanıklığı saptanan diyabetik hastada ilk müdahaleyi anlatır.*

### **Bilinç Bulanıklığı Saptanan Diyabetik Hastada İlk Müdahale:**

- Hemen kan şekeri bakılmalı, normalin üzerinde değerler saptanması halinde kullanmakta olduğu tüm ilaçlarını da alarak hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir. Eğer kan şekeri düşük saptanırsa (60 mg/dl in altında) bilinci tam kaybolmamışsa şekerli su içirilmelidir.
- Hemen kan şekeri bakma şansı yoksa; eğer hasta ile dialog kurulabiliyorsa, bilinci henüz kaybolmamışsa zaman kaybetmeden hemen şekerli su içirilmelidir. Eğer hastanın şikayetleri kan şekeri yüksekliğine bağlıysa kan şekeri sadece bir miktar daha artacaktır, ancak şikayetler kan şekerinin düşmesine bağlıysa hastanın komaya girmesi engellenecektir.
- İlk müdahaleden sonra mutlaka bir sağlık kurumuna gidilerek gerekli tetkikler yapılmalıdır.

## ÖZET

*Eğitimci aşağıdaki bilgilerden yararlanarak konuyu özetler.*

Yaşlıda bilinç değişikliği birçok farklı nedenden meydana gelebilir. Bilinç değişikliğinin dakika ve saatler içinde ani olarak gelişmesi yeni bir hastalığı işaret etmesi açısından önemlidir. Yaşlılarda daha önce olmayan bilinç değişikliğinin erken fark edilmesi hayati önem taşır. Bilinç değişikliği meydana gelen diyabetik yaşlıda kan şekere bakmadan şekerli su içirilmesi en uygun yaklaşımdır. Yaşlı hastada her bilinç değişikliği ciddiye alınmalı ve bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. Bilincin ve bilinç bulanıklığının tanımını yapınız?
2. Bilinç bulanıklığının bulgularını sayınız?
3. Bilinç bulanıklığı yapan hastalıkları sıralayınız?
4. Bilinç kaybını yapan nedenleri sıralayınız?
5. İnmeden korunmak için alınabilecek önlemleri sayınız?
6. Bilinç bulanıklığı olan diyabetik yaşlıda ne yapılmalıdır?

## KAYNAKLAR

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010.
2. Geriatri ve Gerontoloji. Arıoğlu S (Ed). Nobel Tıp Yayın Evi 2006, Ankara.
3. Halter JB, Quslander JG, Tinetti MA, Studenski S, High KP, Asthana S Hazzard's Geriatric medicine and Gerontology, sixth edition, 2009, USA, pp 693-701.
4. Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL (eds) Current Geriatric Diagnosis & Treatment first edition, the MacGraw Hill Companies 2004, pp 53-59.

# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

23

## YAŞLILARDA DEMANS

*Zekeriya ÜLGER  
Sevgi ARAS  
Teslime ATLI  
Ergün BOZOĞLU  
Sevnaz ŞAHİN  
Murat VARLI*



## **KONU : YAŞLILARDA BUNAMA (DEMANS)**

**SÜRE** : 45 dakika

**AMAÇ** : Demans (bunama)'ın önemli bir sağlık sorunu olduğu konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Demansın ne olduğunu söyleyebilmeli,
- Basit unutkanlık ile demansın farkını açıklayabilmeli,
- Demansın belirtilerini sıralayabilmeli,
- Demansın evrelerini sayabilmeli,
- Demansın hasta, hasta yakını ve toplum açısından önemini açıklayabilmeli,
- Demansın ilerleyici bir sağlık sorunu olduğunu söyleyebilmeli,
- İleri dönem demans hastalarında bakım ve destek açısından dikkat edilecek noktaları söyleyebilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kağıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci; unutkanlık ile ilgili aşağıdaki fıkrayı anlatır.*

“Ayşe Hanım komşularına bir davet verecekti. Unutkanlığı nedeniyle misafirlerine ikram edeceklerini unutmamak için bir liste yapmış; Kahve yap, pasta ikram et, yemek hazırla, çay yap vs... Misafirleri gelmiş. Hoş geldin, boş gittin faslından sonra kalkmış kahve yapıp ikram etmiş. Aradan biraz zaman geçtikten sonra liste aklına gelmiş. Bakmış listede kahve yap var; hemen kalkıp kahve yapıp ikram etmiş. Bir müddet sonra tekrar listeye bakmış; kahve yap. Tekrar kahve yapıp ikram etmiş. Bu silsile akşama kadar devam etmiş. Akşam olunca misafirler geç oldu diyerek müsaade istemişler. Çıkışta Zeynep Hanımla, Mualla Hanım arasında şu konuşma geçmiştir;  
Zeynep Hanım; -Yahu şu Ayşe Hanım’a da aşkolsun. Bir kahve bile ikram etmedi.  
Mualla Hanım; - Aaa Ayşe Hanım mı? Ne zaman görüştünüz?”

### **Giriş**

*Eğitimci, katılımcılara yakınlarından demans (bunama) hastası olan var mı? diye sorar. Varsa gözlemlerini ve yaşadıkları sorunları anlatmalarını ister. Yoksa kendisi örnek bir olgudan bahseder. Bu olgu üzerinden katılımcıların demanslı hasta ve hasta yakınlarının yaşadığı zorluklar hakkında görüşlerini alır. Hastalığın önlenmesine yönelik neler yapılabileceği konusunda düşüncelerini paylaşmalarını ister ve ardından konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak insan belleğinin normalden demansa kadar evrelerini anlatır. “Her unutkanlığın demans anlamına gelmediğini; demansın kişinin günlük hayatını diğer kimselerin yardımına ihtiyaç duyacak şekilde etkileyecek derecede bellek yitimi olduğunu; eğer unutkanlığı olan bir yaşlı iyi bildiği yolları bulamıyorsa, daha önceden dolaştığı yerlere artık gidemiyorsa, evin yolunu bulamayıp kayboluyorsa ya da evin yolunu aramaktan dolayı eve geç geliyorsa, evin içinde odaları karıştırıyorsa, o durumda bunlarda unutkanlığın Alzheimer hastalığı ile ilişkili olabileceği düşünülmelidir” der ve demansın tanımını yapar.*



### **İnsan Belleğinin Normalden Demansa Kadar Evreleri:**

1. Normal
2. Basit unutkanlık
3. Hafif Bellek Bozukluğu
4. Demans

**Demans;** ilerleyici ve ölümcül bir hastalıktır. Hafızada bozukluk, günlük yaşam aktivitelerinde ilerleyici gerileme, çeşitli psikiyatrik semptomlar ve davranış bozukluklarıyla karakterizedir. Alzheimer hastalığı demansın en sık nedenidir.

*Eğitimci, demansın en sık nedeninin Alzheimer hastalığı olduğunu belirterek risk faktörlerini anlatır.*

Alzheimer hastalığı genetik bir hastalıktır. Genetik yatkınlığı olan kişilerin hastalık için riski yüksektir. Ancak bazı faktörlere sahip olanlarda hastalık daha yüksek oranlarda görülür.

#### **Risk Faktörleri:**

- İleri yaş
- Ailede Alzheimer hastası olması
- Bazı yatkınlık genlerine sahip olma
- Düşük eğitim seviyesi
- Ciddi kafa travması geçirmiş olmak
- Kadın cinsiyet
- Depresyon
- Alüminyum, bakır, demir, çinko gibi ağır metallerle intoksikasyon
- Hipertansiyon

Demans yaşlılarda sık görülen bir sorundur. Altmış beş yaş üzerinde %5, seksen yaş üzerinde %50 oranında görülür. Hastalık başlangıçta sinsi bir unutkanlıkla başlayabileceğinden yaşlılıkta izlenen unutkanlık normal olarak görülmemelidir. Alzheimer ilerleyici bir hastalıktır. Günümüzde mevcut olan ilaçlar ile erken yakalanan vakalarda son noktaya gidiş süresi uzatılmakta, hastanın öz bakım süresi uzatılıp bakıcı yükü azaltılmaktadır.

Unutkanlığın altından öncelikle sıklıkla modern yaşam tarzının getirdiği ruhsal sıkıntılar ve hastalıklar (depresyon, anksiyete, uyum bozukluğu gibi) aranmalıdır. Bazı vitamin eksiklikleri (B12 ve folat) ve guatr bezi bozuklukları da unutkanlığa neden olabilir ve araştırılması gereklidir.

*Eğitimci, yaşlılarda bellek fonksiyonlarının belli aralıklarla test edilmesi gerekliliğini ve bunun basit uygulamalar ile yapılabileceğini vurgulamak amacıyla aşağıdaki etkinliği yapar.*

Katılımcılar ikişerli gruplara ayrılır;

Birinci katılımcı diğerine üç kelime söyler (örneğin; mavi, şahin, lale) bunu hemen ve üç dakika sonra tekrarlamasını ister.  
İkinci katılımcı diğerine 100'den geriye 7 çıkararak saymasını ister (eğitim durumu uygun değilse 20'den geriye 3 çıkararak saymasını ister. Okur-yazar değil ise haftanın günlerini geriye doğru saydırır).

Demans hastaları genel olarak erken, orta ve ileri olmak üzere üç evreye ayrılır. Hastalar zaman içerisinde erken evreden ileri evreye ilerlerler. Evreler arası geçiş süreleri hastadan hastaya farklılık göstermekle birlikte ortalama 2-5 yıldır. Alzheimer hastalığında başlangıçta hafif bir unutkanlık vardır. Örneğin hasta randevularını, yemeğin altını, bakkaldan alacaklarını unutmaya, namazda rekâtları karıştırma, duaları unutmaya başlamıştır. Alışveriş listesi, yapılacak işler listesi gibi listeler yapılmaya başlanır. Zamanla unutkanlık giderek artar ve hasta yeni olayları hiç kaydedemeye başlar. Örneğin beş dakika önce sorduğu soruyu tekrar tekrar sorabilir. Torunlarının isimlerini unutabilir. Koyduğu eşyaların yerini hatırlamaz.

**Yeni bilgileri öğrenmekte, kaydetmekte ve hatırlamakta güçlük çeker. Buna karşın hasta geçmişini özellikle de gençliğini şaşırtıcı bir ayrıntıyla anlatabilir. Yani yakın hafıza bozukluğu söz konusudur.**

*Eğitimci, demansın evrelerinde gözlenen genel özellikleri aşağıdaki bilgilerden yararlanarak anlatır.*

### **Erken Evre**

- Unutkanlık, kelime bulmada zorluk
- Kişilik değişikliği
- Hesaplama zorlukları
- Eşyaları kaybetme, yerini karıştırma
- Soru veya cümlelerin tekrarı
- Kişi, yer ve zaman kavramının karıştırılması

### **Orta Evre**

- Bellek kaybında artış
- Uygunsuz kelime kullanma
- Basit bakım yetenekleri kaybolur
- Kişilik değişikliği, gece-gündüz ayırımının kaybı
- Uzak akraba, arkadaş hatırlayamama
- İletişim zorluğu
- Aşırı sinirlilik, amaçsız gezinme, hayal görme

### **İleri Evre**

- Beslenmede yetersizlik
- İdrar ve dışkı kaçırma
- Hareket yeteneğinde kayıp-yatağa bağımlılık
- Son dönemde tüm hareket, konuşma ve yeme fonksiyonlarının kaybı.

Demanslı hastalarda unutkanlık dışında davranış bozuklukları da görülebilir. Hastalar daha önceden olmayan bir şekilde içlerine kapanabilir, isteksiz, şevksiz görülebilirler. Uykusuzluk veya tam tersi uykuya düşkünlük başlayabilir. Hastalar uğraş ve hobilerini terk edebilir. Hasta televizyon seyretmek, kitap gazete okumak, komşuya gitmek gibi daha önce yapılan faaliyetlere ilgisiz kalabilir. Hasta yakınları artık onu tanıyamadıklarından şikayet ederler (Benim annem böyle değildi, babam böyle yapmazdı gibi). Eskiden çok güzel yemek yapan kişi, lezzetsiz yemekler yapabilir. Karmaşık alet kullanımı zorlaşır. Para hesabında güçlük olabilir. Bankamatikten para çekmek, fatura yatırmak hastalar için zor veya yapılamaz işler haline gelebilir. Bunlar ile beraber bir takım psikiyatrik bulgular da olabilir. Hastalar olmayan şeylerden bahsedebilir, onları gördüğünü, işittiğini söyleyebilir. Akrabaları dahil herkesten şüphelenmeye başlar. Yakınlarını hırsızlıkla, kendini aldatmakla suçlayabilir.

*Eğitimci, aşağıdaki bilgileri kullanarak demansta görülen fonksiyonel ve davranışsal sorunları açıklar:*

### **Fonksiyonel ve Davranış Problemleri**

- Yüksek dereceli günlük yaşam aktivitelerinde bozulma (çek yazma, toplu taşıma araçlarını kullanma)
- Temel günlük yaşam aktivitelerinde bozulma (yemek yeme, giyinme, tuvaleti kullanma)
- Ruhsal durum değişiklikleri, erken evrede içe kapanma, donukluk.
- Orta ve ileri evrede hayal görme, şüphecilik, aşırı sinirlilik

Eğitimci, demans hastalarında, hastalığa yönelik tedavi dışında hastanın genel sağlık koruma önlemleri ve destek tedavileri açısından da yakından izlenilmesi gerekmektedir diyerek bu konuları aşağıdaki bilgiler ışığında açıklar.

### **Demans Hastasında Sağlığı Koruma Önlemleri**

- Düzenli egzersiz
- Diğer medikal hastalıkların takibi
- Yıllık influenza aşısı, 5 yılda bir pnömokok aşısı
- Ağız ve diş hijyeni
- Gözlük gereksinimi
- İşitme problemleriyle başa çıkma
- İleri evrede:
  - \* Beslenme desteği
  - \* Su ihtiyacının karşılanması
  - \* Deri bakımı

**Demans kişinin değil, ailenin hastalığıdır. Demanslı hastaların yakınlarına da büyük görev düşmektedir.**

Eğitimci, demanslı hasta yakınlarına ve bakıcılara düşen görevleri açıklar.

### **Bakım Verenlere Düşen Görevler**

- Hastanın bakımı
- İlaçlarının verilmesi
- Destek tedavilerinin uygulanması
- Hastanın genel sağlığı ve hayat kalitesinin sağlanması
- Ev içinde güvenliliği sağlamak
- Maddi işlerde yardım
- Bakıcı tükenmişliği yaşamamak için sosyal dayanışma ve destek.

## ÖZET

*Eğitimci, aşağıdaki bilgileri kullanarak konuyu kısaca özetler.*

Eğitimci, her bir katılımcıya demanslı hastada gözlenen sorunlar ve demanslı hastada dikkat edilecek hususlarla ilgili birer cümle söylemelerini ister. Bu bölümde aktarılan bilgilerin katılımcılar tarafından kısaca tekrarlanmasını sağlar. Konunun önemli noktalarının anlaşıldığından emin olur.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. Basit unutkanlıkla demansın farkı nedir?
2. Demanslı hastalarda ne gibi sorunlar gözlenebilir?
3. Demanslı hasta yakınlarının dikkat etmesi gereken noktalar nelerdir?

## KAYNAKLAR

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010.
2. Geriatri ve Gerontoloji. Arıoğlu S (Ed). Nobel Tıp Yayın Evi 2006, Ankara.



**KONU**

24

**YAŞLILARDA  
DEPRESYON**

*Zekeriya ÜLGER  
Sevgi ARAS  
Teslime ATLI  
Ergün BOZOĞLU  
Sevnaz ŞAHİN  
Murat VARLI*





## **KONU : YAŞLILARDA DEPRESYON**

**SÜRE** : 45 dakika

**AMAÇ** : Depresyonun yaşlılık döneminde sık görülen bir sağlık sorunu olduğu konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Depresyonun tanımını söyleyebilmeli,
- Yaşlılarda depresyona yatkınlık oluşturan faktörleri sayabilmeli,
- Depresyonun belirtilerini sıralayabilmeli,
- Depresyonun doğurduğu olumsuz sonuçları açıklayabilmeli,
- Depresyonun yaşlılığın normal bir sonucu olmadığını ve tedavi edilmesi gerektiğini söyleyebilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, depresyon ile ilgili aşağıdaki gibi (fikra, vb.) paylaşımlarda bulunur.*

“Doksan yaşındaki çift boşanma talebi ile hakim karşısına çıkmışlar. Hakim yaşlı çifti karşısında görünce sormuş;

- Bu yaşta ne sorunuz var ki boşanmak istiyorsunuz?
- Valla hakim bey biz zaten evlendiğimizden beri hiç anlamıyoruz.
- Peki neden şimdiye kadar beklediniz?
- Çocuklar üzüldü depresyona girmesinler diye ölmelerini bekledik”

### **Giriş**

*Eğitimci katılımcılara düşünen, moralsiz bir yaşlı resmi (bakınız örnek resim) göstererek bu adamın ne tür bir ruh hali içerisinde olduğunu sorar. Alınan birkaç cevaptan sonra, bu kişinin düşünceli, kaygılı, içine kapanık vb. ruh hali içerisinde olduğunu belirterek depresyon ile ilişki kurar. Katılımcılara “depresyon” denilince aklınızdan neler geçiyor diye sorar; alınan cevapları tahtaya yazar. Bu cevaplardan yola çıkarak katılımcıların depresyonun bir yaşlının hayatını nasıl etkileyebileceği ve depresyonun önlenmesine yönelik neler yapılabileceği konusunda düşüncelerini paylaşmalarını ister. Ardından konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

Örnek resim (<http://www.cakens.com/?p=412> adresinden alınmıştır).



## İşleniş

*Eğitimci, depresyonun yaşlılık döneminde sık olarak karşılaşılan ve önemsenmesi gereken bir sağlık sorunu olduğunu açıkladıktan sonra, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak yaşlılarda depresyonun tanınması ve önlenmesi konusuna devam eder.*

## YAŞLILIK VE DEPRESYON

Yaşlıda depresyon sıklıkla görülür, yaşlının genel sağlığını bozar, yaşam kalitesini azaltır ve hasta yakınları için yük oluşturur.

Depresyon: Uzun süreli ve sürekli, moral bozukluğu, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik, suçluluk duyguları, uyku, iştah değişiklikleri, ölüm ve intihar düşüncelerinin eşlik edebildiği bir bozukluktur.

Yaşlıda depresyon yukarıda söz edilen klasik semptomlarla kendini göstermeyebilir. Çoğunlukla unutkanlık, dikkat ve ilgi kaybı, bedensel şikayetler ve bunlarla aşırı uğraşı, ajitasyon, irritabilite ile kendini gösterebilir.

*Eğitimci özellikle şu noktayı vurgular; “**Depresyon Kişilik Zayıflığı Değildir.** Depresyon da diyabet, hipertansiyon gibi vücutta oluşan bazı eksikliklerden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle kişinin kendi kendine iyileşmeye çalışmadan tıbbi destek alarak tedavi edilmesi gerekmektedir. Hasta kendi iradesi ile iyileşmeye çalışarak zaman kaybederse, hem iyileşme süresi uzar, hem de önemli ek sorunlar ortaya çıkabilir.” diyerek konuya devam eder.*

Depresyon hastalarının kişiliklerinde bir zayıflık yoktur. Tembellik, zayıflık, iradesizlikle alakalı değildir. Bu durumda **beyin kimyasındaki değişikliklerden** kaynaklanır. Tedavisi vardır.

**Yaşlıda depresyonun normal olabileceği ile ilgili yanlış düşünce hastalıkla mücadeleyi engeller.**

Eğitimci aşağıdaki tabloya göre yaşlılarda depresyonun nasıl tanınacağını açıklar.

Yaşlı bir bireyde aşağıdaki durumlardan en az beş tanesi var ise depresyon olabileceği düşünülerek hekime yönlendirilmelidir;

1. Uzun süren ve sürekli olan moral bozukluğu
2. Daha önce zevk alınan aktivitelerden zevk alamama
3. Suçluluk, umutsuzluk ve karamsarlık duyguları
4. Beden şikayetleri ile aşırı meşgul olma
5. İştahta ve kiloda değişim
6. Sürekli uyku bozukluğu
7. Cinsel istek kaybı
8. İntihar düşünceleri
9. Suçluluk hezeyanları

Depresyon tedavisinde kullanılan etkin ilaçlar vardır. Ancak ilaçların etkisinin belirginleşmesi için 3-4 hafta gibi bir sürenin gerektiği unutulmamalıdır. İyileşmenin çabuk başlamamasına karşın hastalığın tedavi sonuçları yüz güldürücüdür. Tedavi edilmediği takdirde **intihar riski** yüksek olduğundan bir anlamda koruyucu hekimlik açısından da depresyonun tanınması ve uygun tedavisi çok önemlidir.

**Depresyon tedavi edilmediğinde karşılaşılan sorunlardan bazıları şunlardır;**

- İş kaybı
- Boşanma
- Sigara ve alkol gibi madde kullanımının artması
- Kişisel bakımının, uyku düzeninin yeme alışkanlıklarının bozulması,
- Bedensel hastalıklara yatkınlıkların artması
- İntihar riskin artması (en önemlisi)

Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak yaşlılarda depresyona yatkınlık oluşturan faktörleri ve depresyonun yaşlıların hayatına olan etkilerini açıklar.

### **Yaşlılarda Depresyona Yatkınlık Oluşturan Faktörler**

- Aile yapısının giderek değişmesi, sosyal desteğin azalması
- Ekonomik zorluklar
- Düşük sosyoekonomik düzey
- Birden çok süreğen hastalığın varlığı
- Yeti yitimi
- Bakımevi ve huzurevlerinde kalınması
- Çok sayıda ilaç kullanımı
- Beslenme yetersizliği
- Sosyal ilişkilerde zayıflık / Sosyal izolasyon
- Düşük benlik saygısı
- Eş kaybı

### **Depresyonun Yaşlıların Hayatına Olan Etkileri**

- Yeti yitimi ve bağımsızlığın azalması
- Hayat kalitesinde bozulma
- Yaşlıya, aileye, bakıcıya, kurumlara yük
- Depresyonu olan yaşlılar sağlık hizmetlerine daha çok (x4 kat) başvururlar
- Başta kalple ilgili sebepler olmak üzere tüm sebeplere bağlı ölüm oranlarında artış
- Artmış intihar riski (özellikle ölümle sonuçlanan intiharlar) yaşlılarda sık görülür.

## ÖZET

*Eğitimci, konuyu aşağıdaki bilgilerle kısaca özetler.*

Her bir katılımcıya anlatılmış olan konuya ilişkin depresyonlu bir hastada gözlenen değişiklikler, depresyonun günlük yaşamlarına etkileri, doğurabileceği istenmeyen sonuçlar ilgili birer cümle söylemeleri istenir. Depresyonun yaşlılığın normal bir sonucu olmadığı ve mutlaka bir hekime danışılması gerektiği özellikle vurgulanır.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. Depresyonu tanımlayınız?
2. Yaşlılarda hangi faktörler depresyona yatkınlık oluşturur?
3. Yaşlılarda depresyonun belirtileri nelerdir?
4. Depresyonun doğurduğu olumsuz sonuçlar nelerdir?

## KAYNAKLAR

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoğlu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010.
2. Geriatri ve Gerontoloji. Editör: Servet ARIÖĞÜL. Nobel Tıp Yayınevi, 2006. Ankara.
3. Ruh Sağlığı Modülleri, Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ankara, 2008.

**KONU**

25

**YAŞLILIKTA ERKEK CİNSEL  
ORGANLARINDA YAŞA  
ÖZGÜ MEYDANA GELEN  
DEĞİŞİMLER**





## **KONU : ERKEK CİNSEL ORGANLARINDA YAŞA ÖZGÜ MEYDANA GELEN DEĞİŞİMLER**

**SÜRE** : 45 Dakika

**AMAÇ** : Erkek cinsel organlarında yaşlanma ile ortaya çıkan yapısal ve işlevsel değişiklikler hakkında bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Erkek cinsel organlarını sayabilmeli,
- Bu organların fizyolojik etkilerini açıklayabilmeli,
- Yaşlanma ile bu organların yapılarında ortaya çıkabilecek değişiklikleri söyleyebilmeli,
- Yaşla birlikte ortaya çıkan değişikliklere bağlı olarak gelişen sorunları ifade edebilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kağıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, birkaç katılımcıdan konu ile ilgili fıkra anlatmalarını ister.*

### **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, erkek cinsiyetin oluşması hakkında bilgi verir ve iki cinsin farklılaşma sürecini anlatır. Erkek cinsel organlarını aşağıdaki bilgilerden yararlanarak tanımlar ve konuya giriş yapar.*

## **ERKEK CİNSEL ORGANLARI**

Dişi üreme hücresi oosit ile erkek üreme hücresi spermatozoa ile birleşmesi yani döllenmesi sonucu oluşan yumurta, 4-6 günlerde kadın rahmine yerleşerek, bölünmeye başlar ve yeni bir canlı oluşturur.

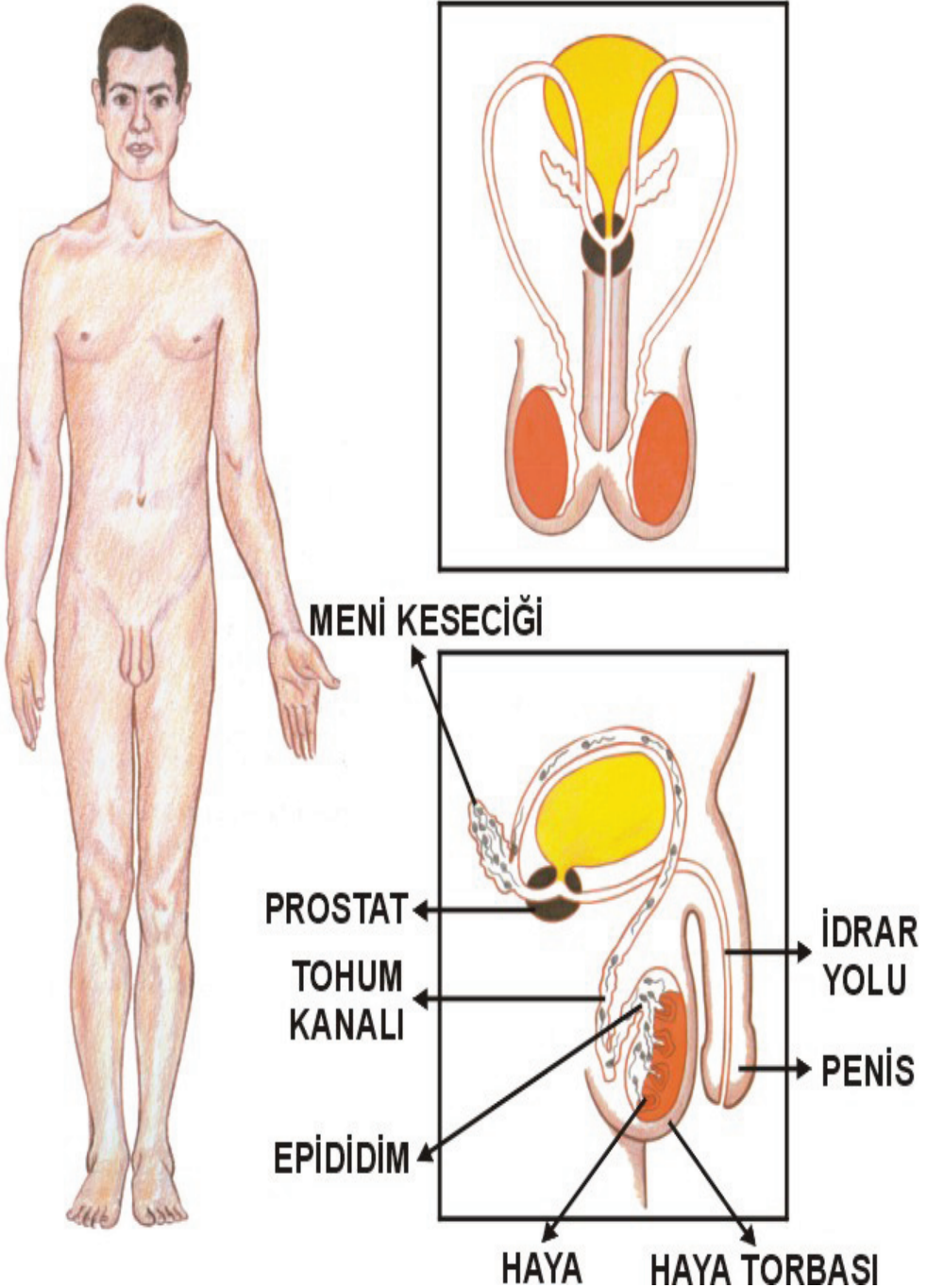
Bu yeni canlının cinsiyetini belirlemede erkek üreme hücresinden gelen genetik madde belirler. Eğer bu genetik materyal (Y) kromozomu ise erkek; (X) kromozomu ise kız bebek oluşur.

Bu genetik yapının belirlenmesinden sonra salgı bezleri devreye girer ve gebeliğin 7-8 haftalarında erkekte testis (erbezi) ve kadında ise yumurtalıktan salınan hormonlar aracılığı ile cinsiyet belirlenir ve cinsel organların gelişimi erkek veya kadın yönünde olur.

Bu süreçte oluşmaya başlayan erkek cinsel organları şunlardır (Şekil-1);

1. Testis (erbezi/haya)
2. Epididim ve vaz deferens (tohum kanalları)
3. Prostat
4. Veziküloseminalis (meni keseciği)
5. Penis

Şekil-1: Erkek Cinsel Organları.



*Eğitimci, erkek cinsel organlarının fizyolojik görevleri hakkında bilgi verir ve yaşla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikleri açıklar.*

**Erkek Cinsel Organlarından Biri Erbezleridir ve İki Temel Görevi Vardır:**

1. Erkeklik hormonu olarak adlandırılan testosteron yapımı sağlamak,
2. Erkek üreme hücresi yapımını sağlamak,

Erkek hücre yapımı testosteron etkisi altında sağlanmakla birlikte ısıya da duyarlıdır. Bu nedenle erbezleri skrotum adı verilen ve vücut ısısından 1-2°C daha düşük bir ortamda bulunabilecekleri haya torbaları içinde yer alırlar.

**Testosteron**, erkek hücre yapımını denetlemenin yanı sıra erkek cinsel organlarının farklılaşma, gelişme ve fonksiyonlarını da düzenler. Yirmi-otuz yaşlarında en üst seviyede olan testosteron üretimi kırk yaşından itibaren azalmaya başlar. Testosteron düzeyinin azalması ile başta testosteron duyarlı cinsel organlar olmak üzere testosteron organizmada pek çok sistem işleyişinde değişiklik ortaya çıkar. Ayrıca, erkekte erkek üreme hücresi yapımında da azalma olur. Testosteron seviyesinin düşmesine bağlı olarak cinsel istekte azalma ve peniste sertleşme sorunları olabilir.

**Tohum kanalları**, erkek üreme hücrelerinin erbezinden dış ortama iletilmesini sağlayan kanallardır. Bu kanalların da gelişim ve işleyişleri testosteron etkisi altında olur. Ergenlik ile yapısal gelişimlerini tamamlayan bu organların işleyişinde testosteron salgısının azalması ile anlamlı bir etkilenme izlenmez. Ancak, yaşla birlikte meni atım hızında azalma ortaya çıkar.

**Prostat**, idrar torbası olarak adlandırılan mesanenin altında ve rektumun (makat) önünde yer alan kestaneye benzeyen ve tüm erkeklerde bulunan bir organdır. Kadınlarda prostat ve prostat işlevi gören başka bir organ yoktur. Temel işlevi meninin sıvı kısmının oluşturulmasına yardımcı olması ve erkek idrar ve cinsel yollarının enfeksiyon (iltihap) kapmasını önleyici rol olmasıdır. Prostat, yaş ilerledikçe büyüyen bir organdır. Buna bağlı olarak içinden geçen idrar kanalını sıkıştırması ile idrar yapma ile ilgili yakınmalar ortaya çıkar. Prostat bezinin gelişimi ve yapısal değişimde de testosteron önemli rol oynar.

**Meni keseleri**, iki tane olup idrar kesesinin altında prostat bezinin gerisinde yer alır. Testisten gelen tohum kanalları bunlara dökülür. Bu keseler bir boruyla idrar yoluna açılır ve erkek üreme hücreleri dışarı atılır. Bu organlara ait hastalık gelişimi son derece nadirdir.

**Penis**, erkek cinsel organlarının son bölümü olup meniyi cinsel ilişki sırasında kadın cinsel organı içine bırakma görevi taşımaktadır. Bu esnada kişinin cinsel haz (zevk) hissetmesini de sağlar. Bu olay ereksiyon (sertleşme) olarak adlandırılan ve penise yoğun kan akımı artışı ile gerçekleşen bir olay sonucu olur. Yaşlanma ile birlikte genel vücut fizyolojisinde ortaya çıkan bir takım değişiklikler ve testosteron azalmasına bağlı olarak peniste sertleşmesinde sorunları olabilir.

## **ÖZET VE DEĞERLENDİRME**

*Eğitimci, katılımcılara aşağıdaki soruları sorarak konunun özet ve değerlendirmesini yapar:*

1. Erkek cinsel organları nelerdir?
2. Erkek cinsiyeti belirleyen etkenler nelerdir?
3. Yaşlanan erkekte cinsel organlarda yaşa bağlı değişiklikler nelerdir?

## **KAYNAKLAR**

1. Batislam E, Başar MM. Erkek üreme sisteminin anatomisi. In: Erkek reproduktif sistem hastalıkları ve tedavisi. Kadioğlu A, Çayan S, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman MÖ, Usta MF, Kendirci MF (ed). Türk Androloji Derneği Yayını, 2004, 25-34
2. Ateşçi YZ. Penisin anatomisi. In Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı. Kadioğlu A, Başar MM, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman MÖ, Çayan S, Usta MF, Kendirci MF (ed). Türk Androloji Derneği Yayını, 2004, 14-20.

**KONU**

26

**YAŞLANMA İLE ORTAYA  
ÇIKAN PROSTAT  
HASTALIKLARI**





## **KONU : YAŞLANMA İLE ORTAYA ÇIKAN PROSTAT HASTALIKLARI**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlanma ile ortaya çıkan prostat hastalıkları hakkında bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ:**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Prostat bezinin işleyişi ve görevini ifade edebilmeli,
- Yaşlanma ile prostatta ortaya çıkan hastalıkları sayabilmeli,
- Prostat hastalıklarına bağlı ortaya çıkan klinik yakınmaları söyleyebilmeli,
- Prostat hastalıklarının temel değerlendirme yöntemlerini sayabilmeli,
- Prostat hastalıklarının tedavilerini sayabilmeli,
- Prostat hastalıklarından korunma yollarını açıklayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Sorgulama formları

**ETKİNLİKLER****Isınma**

Eğitimci, katılımcılara alt üriner sistem hastalıkları değerlendirilmesinde kullanılan “Uluslararası Prostat Semptom Skoru” (IPSS) formunu doldurtur.

**ULUSLARARASI PROSTAT SEMPTOM SKORU (IPSS)**

Geçen ay boyunca	(Son otuz gün içinde yapılan tüm idrarların)						Sizin skorunuz
	Hiçbirinde	5'te 1'inden az	Yarisından az	Hemen hemen yarı	Yarisından fazla	Hepsinde	
1. İdrar yaptıktan sonra, mesanenizin boşalmadığı hissine kapılma sıklığınız nedir?	0	1	2	3	4	5	
2. İdrar yaptıktan sonra, iki saatten daha az bir sürede tekrar idrar yapma ihtiyacınızın sıklığı nedir?	0	1	2	3	4	5	
3. İdrar yaparken birkaç kez durup tekrar başlama sıklığınız nedir?	0	1	2	3	4	5	

4. İdrarınızı tutmakta ne sıklıkta güçlük çektiniz?	0	1	2	3	4	5	
5. Ne sıklıkta idrarınızın akış gücünde azalma hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	
6. İdrar yapmaya başlamak için ne sıklıkta zorlandınız ya da ıkındınız?	0	1	2	3	4	5	
Geçen ay boyunca genel olarak	Hiç	1 kere	2 kere	3 kere	4 kere	5 ya da daha fazla	
7. Yatmaya gittikten sabah kalkana kadar bir gecede kaç kere idrar yapmak üzere kalktınız?	0	1	2	3	4	5	
Toplam (IPSS) skorunuz							

## Giriş

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

## İşleniş

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak prostat hakkında genel bilgi verir.*

### PROSTAT

**Prostat**, mesane (idrar kesesi) alt bölümünde rektumun (makat) önünde yer alan kestane şeklinde ve sadece erkeklerde bulunan bir salgı bezidir. Prostat bezinin ortasında üretra adı verilen idrarın mesaneden boşaltılmasını sağlayan idrar yolu bulunur.

Prostat bezi semen (meni) adı verilen sıvının oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Ejakülasyon (cinsel boşalma) sırasında prostatı çevreleyen kasların kasılması ile bu sıvı idrar yoluna gelir ve sonrasında da dışarı atılır.

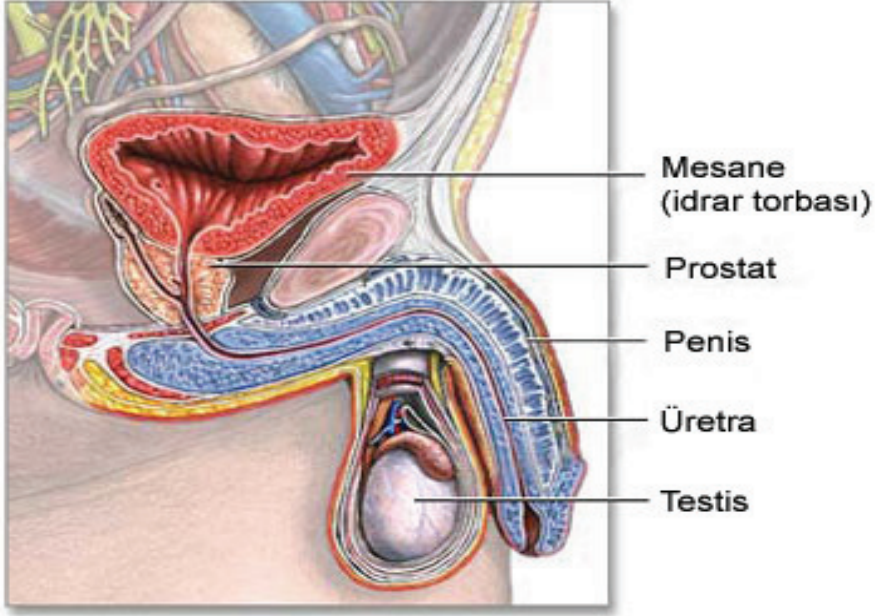
Prostat bezinin gelişimi ve görevi erbezinden salınan erkeklik hormonu olan testosteron etkisi altında olmaktadır. Testosteron düzeyi düşük olanlarda veya testosteron mekanizmasında bozukluk olanlarda prostat bezi gelişmez.

Prostatın alt kısmında sfinkter adı verilen bir kas yapısı bulunur. Bu kaslar devamlı kasılı halde durarak mesanenin idrar sızdırmasını engeller. Aynı zamanda, bu kaslar cinsel boşalma esnasında semenin hareketini hızlandırarak idrar yolundan dışarı çıkmasını da sağlarlar.

Sağlıklı yetişkin bir erkekte prostat bezinin ağırlığı yaklaşık olarak 20 gr'dır. Prostat bezi ağırlığı otuz yaşından itibaren artmaya başlar ve genellikle elli yaşından itibaren klinik bulgu verecek boyutlara ulaşır.

Prostatın büyümesinin gerçek nedeni bilinmemektedir. Geçmişte sosyal, çevresel, dinsel ve ırksal faktörler suçlanmış, beslenme alışkanlığına veya cinsel ilişki sıklığına bağlı olarak prostat bezinin büyüdüğü ileri sürülmüştür.

Ancak, bugün kabul edilen genel görüş prostat bezinin büyümesi için iki temel neden yaşlanma ve erkeklerde fonksiyonel testosteron üretimi sağlayan testislerin var olmasıdır.



**Şekil-1: Prostat Bezinin Yeri Ve Çevre Organlar**

*Eğitimci, prostat bezinin hastalıkları ve bu hastalıklarda ortaya çıkan yakınmalar hakkında bilgi verir; temel değerlendirme yöntemlerinden bahseder ve tedavi yöntemlerini açıklar.*

Prostat bezinin en sık karşılaşılan hastalığı iyi huylu (selim) prostat büyümesidir (BPH). Genellikle elli yaş üzeri erkeklerde ortaya çıkan ve toplum içinde “*prostat rahatsızlığı*” olarak ifade edilen durumdur. Daha nadiren prostat iltihapları (prostatit) ve prostat kanseri de izlenir.

Prostat hastalıklarında genelde aynı belirtiler ortaya çıkar. Çünkü her durumda büyüyen prostat içinden geçen idrar yolunu sıkıştırır ve daraltır. Bu duruma obstrüksiyon (tıkanma) adı verilir. Bunun sonucunda idrar yapma ile ilgili yakınmalar ortaya çıkar. Prostat hastalıklarında izlenen klinik belirtiler dört grupta değerlendirilir:

**1. Tıkanma Bulguları:** Prostatın idrar yolunu sıkıştırması sonucu ortaya çıkar.

Bu yakınmalar;

- İdrara başlamada gecikme,

- Zorlanarak ve ıkınarak idrar yapma,
- İdrar akış hızında ve idrarın ileri doğru fırlatılmasında zayıflama,
- İdrar kesesini tam olarak boşaltamama-artık idrar hissi,
- İdrar sonrası damlama,

**2. Depolama Bulguları:** Büyüyen prostat sadece idrar yolunu sıkıştırmaz aynı zamanda bir miktarda idrar kesesinin içerisine doğru da büyüme gösterir ve kapasitesini azaltır. Ayrıca, idrar kesesi prostatın idrar kanalında oluşturduğu daralmayı yenibilmek için bazı yapısal değişiklikler gösterir.

Bu duruma bağlı olarak ortaya çıkan yakınmalar şunlardır:

- Sık idrara gitme (günde 6'dan fazla),
- Ani sıkışma hissi,
- Gece idrara kalkma (alışkanlık, sıvı tüketimi ve kullanılan ilaçlar dikkate alınarak gecede 1'den fazla),
- Mesanenin tam boşalamamasına bağlı olarak zaman içinde idrar kaçıırma,

**3. Özel Bulgular:** Özellikle prostat iltihabı olgularında ortaya çıkar.

Bu yakınmalar;

- Ani prostat iltihaplarında belirgin olmak üzere ani başlayan ateş, titreme, grip benzeri halsizlik yakınmaları,
- Bel ağrısı, makat bölgesinde ağrı,
- Kronik prostat iltihaplarında izlenen özellikle sabahları idrara çıkmadan önce veya defekasyon sırasında daha fazla olan idrar kanalından gelen beyaz renkli yapışkan akıntı,

**4. Ek Bulgular:**

- İdrarda kan görülmesi,
- Meni sıvısından kan gelmesi,
- İdrar kesesindeki artık idrara bağlı olarak idrar yolu iltihapları (sistit) ve sonucunda ağrılı idrar yapma,
- Enfeksiyonun idrar yollarına yayılması ile böbrek iltihabı (piyelonefrit),
- İdrar kesesi içindeki idrarın artması ve bu durumun böbrekleri etkilemesi ile böbrek fonksiyonlarında bozulma ve zamanla böbrek yetmezliği,
- Artık idrara ve oluşan iltihaba bağlı olarak idrar kesesi içinde taş oluşumu,

- Hastaların ıkınarak idrar yapmasına bağlı olarak karın içi basıncının artması ve kasık fitıklarının gelişimi,
- Prostatın makata doğru büyümesi sonucu konstipasyon (kabızlık) ve hemoroit (basur) gelişimi,
- Prostat iltihabı olan olgularda depresyon, anksiyete ve erken boşalma sorunları,
- Prostat kanseri olan ve yayılımı olan olgularda yaygın kemik ağrıları,

**Prostat yakınması ile başvuran hastalarda aşağıdaki tetkiklerin yapılması gereklidir:**

1. Hastalık ile ilgili yakınmaların derecelendirildiği bir sorgulama formunun doldurulması
2. Parmakla prostat muayenesi
3. PSA testi
4. İdrar testi
5. İdrar akım testi
6. İşeme sonrasında mesanede kalan hacmin değerlendirilmesi
7. Ultrasonografi

Bazı hastalarda özel optik aletler ile idrar kesesi ve idrar yolunun gözlemlendiği endoskopik inceleme ve idrar kesesi işleyişini değerlendiren ürodinami gibi ek tetkiklere ihtiyaç duyulabilir.

Prostat iltihabı düşülen olgularda prostat masajı ile alınan akıntının incelemesi yapılır.

Prostat kanseri olan olgularda yayılımı değerlendirmek için görüntüleme yöntemleri (Tomografi, sintigrafi) yapılabilir.

Prostat hastalıklarında uygulanacak tedavi yöntemleri hastalığın türüne göre değişiklik gösterir.

**İyi Huylu Prostat Büyümesi**

1. İzlem
2. İlaç tedavisi
3. Cerrahi tedaviler

### **Prostat İltihapları**

Akut iltihaplarda yatak istirahati ile birlikte antibiyotik tedavisi verilirken; kronik olgularda tedaviye ağrı kesici ve inflamasyon önleyici ajanlar da ilave edilir.

### **Prostat Kanseri**

Hastalığın evresine göre yapılacak tedavi belirlenir.

Uygulanan tedavi yöntemleri:

1. İlaç tedavileri
2. Cerrahi tedaviler
3. Radyoterapi uygulaması.

Prostat hastalıklarından korunmada yaşam kalitesinin yüksek tutulması ve sağlıklı beslenme önemlidir. Sigara ve alkol tüketimini engellemek bağışıklık sisteminin sağlıklı çalışması için önemlidir. Prostat hastalıkları ve özellikle prostat kanseri ileri yaşlarda görüldüğü için elli yaşından itibaren her 6 ayda bir prostat muayenesi ve PSA testi yapılması erken tanı koyma ve tedavi uygulama açısından önemlidir. Bu kontroller dışında yapılması gereken önlemler şunlardır:

- Düzenli ve kaliteli uyku uyunmalıdır.
- Sigara ve alkol tüketilmemelidir.
- Düzenli bir cinsel yaşam sürdürülmelidir,
- Uzun süreli tuvalet ihtiyacı ertelenmemeli, uzun süreli seyahatlerde sık mola vererek tuvalete ihtiyacı yerine getirilmelidir.
- Doktor önerisi olmadan ağrı kesici ilaçlar, nezle-grip ilaçları kullanılmamalıdır.
- Soğuk ortamlarda bulunulmamalı; sert ve soğuk zemine uzun süreli oturulmamalıdır.
- Boy ve kilo oranı dengeli olmalıdır.
- Her gün 1 porsiyon et, öncelikle balık-hindi-tavuk gibi beyaz et; daha nadiren kırmızı et tüketilmelidir.
- Günde 6-7 porsiyon sebze ve meyve tüketilmelidir. Haftada en az 2 kere pazı, ıspanak, semizotu, kırmızı turp gibi sebzeler tüketilmeli; brokoli, karnıbahar, beyaz lahana, semizotu, kereviz, enginara ve maydanoz tüketimi ihmal edilmemelidir.
- Domates içerdiği maddeler nedeni ile prostat için önemli bir koruyucudur.
- Düzenli yoğurt tüketilmelidir.
- Katı yağlar ile beyaz un, şeker ve tuz tüketimine dikkat edilmelidir.
- Katkı maddesi yüksek olan gıdalar (salam, sosis ve sucuk vb.) tüketilmemelidir.

Bağırsak işleyişi düzenli olmalı; kabızlıktan kaçınılmalıdır.



## ÖZET VE DEĞERLENDİRME

*Eğitimci, katılımcılara aşağıdaki soruları sorarak konunun özet ve değerlendirmesini yapar.*

1. Prostat bezinin görevi nedir?
2. Prostat bezinin hastalıkları nelerdir?
3. Prostat hastalıklarında temel bulgular nelerdir?
4. Prostat hastalıklarında en önemli tanı yöntemleri nedir?
5. Prostat hastalıklarında tedavi nedir?

## KAYNAKLAR

1. Altay BA. AÜSS/BPH kliniği. In: Prostatın Benign Hastalıkları. Kadioğlu A, Aşçı R, Semerci B, Orhan İ, Çayan S, Yaman Ö, Usta MF (ed), Türk Androloji Derneği Yayınları, İstanbul, 2009, pp 99-108.
2. Başar MM. Yaşlanan erkek ve ürolojik sorunlar. Geriatri ve Gerontoloji, Ocak 2006, 275-p 289.
3. Başar MM. Yaşlanan Erkek, Temel Geriatri Kursu, Konuşma Metinleri, 1 Nisan 2010, İzmir, pp 78-81.
4. Tunç L. Alt üriner system semptomları/BPH epidemiyolojisi. In: Prostatın Benign Hastalıkları. Kadioğlu A, Aşçı R, Semerci B, Orhan İ, Çayan S, Yaman Ö, Usta MF (ed), Türk Androloji Derneği Yayınları, İstanbul, 2009, 95-98.



**KONU**

27

**YAŞLANAN ERKEKTE  
İDRAR KAÇIRMA SORUNLARI**



## **KONU : YAŞLANAN ERKEKTE İDRAR KAÇIRMA SORUNLARI**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlanan erkekte idrar kaçırmaya neden olan durumlar hakkında bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- İdrar kaçırmayı tanımlayabilmeli,
- İdrar kaçıрма türlerini sayabilmeli,
- Yaşlanmada idrar kaçırmaya neden olan risk faktörlerini söyleyebilmeli,
- İdrar kaçıрма durumlarında yapılan tedavi yöntemlerini açıklayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılara isim-şehir oyununu oynatır. Bu amaçla eğitimci alfabeyi içinden saymaya başlar ve bir katılımcı tarafından durması söylendiği anda karşılık gelen harf ile isim, şehir, bitki, hayvan ve ülke adı yazarlar. Her farklı cevap için 10 puan verilir. Aynı ismi yazanlara 5, hiç isim yazamayanlara 0 puan verilerek puanlar toplanır. Oyun 3 defa tekrarlanır ve en yüksek puan alan oyunu kazanmış olur.*

### **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, idrar kaçırmanın tanımını yapar ve yaşlanma ile idrar kesesinde ortaya çıkan değişiklikler hakkında bilgi verir ve idrar kaçırma türlerini açıklar.*

**İdrar kaçırma**, idrar kesesi basıncının idrar tutmayı sağlayan kas yapılarının oluşturduğu basıncı geçmesi ile idrar yolundan vücut dışına istemsiz olarak çıkması durumudur. Yaşlılarda %15-50 oranında izlenir.

Yaşlanma ile idrar kesesi işleyişinde bir takım değişiklikler olur. Bunlar:

- Bazı sistemik hastalıklara bağlı olarak idrar kesesinin işleyişi bozulabilir (Şeker hastalığı gibi)
- Yaşlı bireylerin zihinsel kapasitesi, hareket yeteneğindeki azalma idrar tutabilme ve idrar yapma yeteneği üzerine olumsuz etki yapabilir,
- Yaşlılarda gece idrar çıkışında artış olur,
- İdrar tutmayı sağlayan adale yapılarında güçsüzlük ortaya çıkar,
- Yaşlanmaya bağlı sinir sistemi etkilenmesi ile idrar hissinin algılanması gecikebilir,
- İdrar kesesinde istenmeyen kasılmalar ortaya çıkar,
- İdrar yolu önünde prostat gibi tıkaçıcı bir engel büyümeye başlar.

**İdrar kaçırma değişik şekillerde olabilir. Bunlar:**

- İdrar kesesine destek olan adale yapılarını zayıflaması ile genelde kadınlarda ortaya çıkan stres tip idrar kaçırma,
- Ani sıkışma tipi idrar kaçırma

- İdrar kesesinin aşırı dolması ile ortaya çıkan dolma taşma tipi idrar kaçırma,
- İdrarın idrar kesesinde hiç tutulmadan kaçırılması,
- Karma tip idrar kaçırma (Sıkışma tipi ve stres tipin birlikte olması),

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak yaşlanmada idrar kaçırmaya neden olan risk faktörlerini izah eder, tanı ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi verir.*

### **İdrar Kaçırma İçin Yaşlanan Erkekte Risk Faktörleri**

- Yaşlanma,
- Kullanılan ilaçlar,
- Geçirilmiş ameliyatlar,
- Ek sinir sistemi hastalığı varlığı,
- Şişmanlık,
- Travma,
- Kabızlık,
- Doğuşsal anormallikler,
- İdrar yolu iltihapları,
- Prostat büyümesi,
- Kısıtlı hareket yeteneği,

### **İdrar Kaçıran Yaşlanan Erkek Hastada Değerlendirmede Yapılacak İşlemler**

- Detaylı bir öykü alınmalıdır. Bu esnada;
  - Olası neden/nedenler ortaya konulmalı,
  - Ek hastalık varlığı saptanmalı,
  - Günlük normal aktivite/ileri aktivite durumlarında idrar kaçırma durumu değerlendirmeli,
  - İdrar yapma ile ilgili yakınmaların varlığı sorgulanmalı,
  - İdrar kaçırma türü tanımlanmalı,
- İşeme günlüğü
- Fizik muayene
- Stres testi
- Artık idrarın ölçümü
- Biyokimyasal inceleme
- İdrar kesesinin işleyişini değerlendiren ürodinamik inceleme,

## **Tedavi**

İdrar kaçırma yakınması olan hastaların tedavisinde;

- İdrar kesesinin tam olarak boşaltılmasının sağlanması
- İdrar kesesi çıkımında olan basınç artışının düşürülmesi
- İdrar kesesi kapasitenin artırılması
- İdrar kesesi adalesinin ani kasılmasının önlenmesi amaçlanır.

## **İdrar Kaçırma Durumundan Korunma veya Hafif Olgularda İdrar Kaçırması Olan Olgularda Yapılması Gerekenler**

- Ek hastalık varsa kontrol altına alınmalıdır,
- Sıkışma tipi idrar kaçırma yakınması olan hastalarda sıvı kısıtlaması ve kalça adalelerinin çalıştırılması gibi yaklaşımlar önerilir,
- İşeme eğitimi verilerek programlı idrar yapılması öğretilir,
- Kabızlığı önleyici beslenme önerilir,
- İdrar kaçırma türüne göre ilaç tedavisi yapılabilir,
- İdrar kaçırmaya neden olabilecek ilaç kullanımı varsa ilgili doktor önerisi ile değiştirilebilir,
- Gerekli durumlarda sonra veya vücut dışı cihazlar kullanılabilir.



## **ÖZET VE DEĞERLENDİRME**

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun özet ve değerlendirmesini yapar.*

1. İdrar kaçırmayı tanımlayınız?
2. İdrar kaçıрма türlerini sayınız?
3. İdrar kaçıрма için risk faktörleri nelerdir?
4. İdrar kaçıрма tedavisinde amaç nedir?

## **KAYNAKLAR**

1. Başar MM, Görgü N. Yaşlılık döneminde işeme disfonksiyonu ve inkontinans. In: Arasıl T, Gökçe-Kutsal Y, Aslan D, Başar MM (eds). Fiziksel Tıp ve Rehailitasyonda Yeni Ufuklar Yaşlı Sağlığı. Güneş Kitapevi, 2010, pp: 347-360.
2. Başar MM. Yaşlanan erkek ve ürolojik sorunlar. Geriatri ve Gerontoloji, Ocak 2006, pp 275-289.
3. Başar MM. Yaşlı hastalarda inkontinans nedenleri ve tedavi yöntemleri. Temel Geriatri Kursu Kitabı, 2008, Antalya, pp 93-96.
4. Başar MM. Yaşlanan Erkek, Temel Geriatri Kursu, Konuşma Metinleri, 1 Nisan 2010, İzmir, pp 78-81.



**KONU**

28

**YAŞLANMA İLE ORTAYA  
ÇIKAN ANDROPOZ VE CİNSEL  
SORUNLAR**



## **KONU : YAŞLANMA İLE ORTAYA ÇIKAN ANDROPOZ VE CİNSEL SORUNLAR**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlanan erkekte ortaya çıkan andropoz ve cinsel sorunlar hakkında bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ:**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Yaşlanan erkekte ortaya cinsel sorunları tanımlayabilmeli,
- Andropoz ile menopoz arasındaki farkı açıklayabilmeli,
- Cinsel sorunlar için risk faktörlerini sayabilmeli,
- Cinsel sorunları olan hastada yapılacak tetkikler ve tedavileri söyleyebilmeli,
- Yaşlılıkta başarılı bir cinsel yaşam için alınması gereken önlemleri açıklayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Sorgulama formları

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılara “Yaşlanan Erkek Sorgulama Formu”nu doldurtur.*

### **\*AMS Sorgulama Formu**

Aşağıdakilerden hangisi sizin şu anki şikâyetlerinizi en iyi tarif etmektedir? Her yakınma için uygun olan kutucuğu işaretleyiniz. Eğer belirtilen şikâyet sizde bulunmuyor ise “yok” seçeneğini işaretleyiniz.					
<b>Şikâyetler:</b>	<b>Yok</b>	<b>Hafif</b>	<b>Orta</b>	<b>Şiddetli</b>	<b>Çok Şiddetli</b>
<b>Skor:</b>	1	2	3	4	5
<b>1. Genel iyilik hissinde azalma</b> (genel sağlık durumu, kendine dair hisler)					
<b>2. Eklem ve kas ağrısı</b> (Bel ağrısı, eklem ağrısı, kol ve bacaklarda ağrı ve yaygın sırt ağrısı)					
<b>3. Aşırı terleme</b> (beklenmedik/ ani terleme atakları, zorlanmadan bağımsız olarak sıcak basması)					
<b>4. Uyku problemleri</b> (uykuya dalmada zorluk, derin uyumada zorluk, erken uyanma ve yorgunluk hissi, yetersiz uyku, uykusuzluk)					
<b>5. Uyku ihtiyacında artma, sık sık yorgun hissetme</b>					
<b>6. Alınganlık</b> (Saldırganlık hali, küçük şeylerden kolay etkilenme, karamsarlık)					
<b>7. Sinirlilik</b> (Gerginlik, huzursuzluk, duramama) yerinde					

<b>8. Endişe (Panik hissi)</b>					
<b>9. Bedensel bitkinlik/Canlılığın kaybolması</b> (Genel performans düşüşü, aktivite azalması, boş zamanlarında yaptığı aktivitelere ilginin azalması, daha az iş bitirme ve daha az şey elde etme hissi, faaliyet üstlenmek için kendini zorlamak zorunda kalma)					
<b>10. Kas gücünde azalma</b> (Güçsüz hissetme)					
<b>11. Depresif ruh hali</b> (Çökkünlük, üzgün olma, her an gözleri dolacak gibi olma, motivasyon eksikliği, değişken ruh hali, her şeyin boş olduğunu hissetme)					
<b>12. En iyi zamanlarının geride kaldığı hissi</b>					
<b>13. Kendini tükenmiş ve dibe vurmuş hissetmek</b>					
<b>14. Sakal büyümesinde azalma</b>					
<b>15. Seks yapma gücü ve sıklığında azalma</b>					
<b>16. Sabah sertliği sayısında azalma</b>					
<b>17. Cinsel istekte/şehvete azalma</b> (seksten alınan zevkte azalma, cinsel birleşme için isteğin azalması)					
<b>Başka ciddi bir şikayetiniz var mı?</b>	Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>				
Eğer varsa belirtiniz					

## Giriş

*Eğitimci, katılımcılara “andropoz”un tanımını yapar ve kadınlarda izlenen menopozdan farkını belirterek konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

## İşleniş

*Eğitimci, yaşlanan erkekte testosteron azalması ile ortaya çıkan klinik durum ve cinsel sorunlar hakkında bilgi verir ve risk faktörlerini açıklar.*

## YAŞLILIK VE ANDROPOZ

Cinsel sorunlar her yaş grubundaki bireyler için utanç verici, açıklanması ve paylaşılması güç konulardır. Üstelik bu durum yaşlılarda cinsel sorunların bir yakınma olarak daha az ifade edilmesine neden olmaktadır. Ayrıca, daha genç yaştaki bireyler tarafından yaşlıların aktif yaşamla ilgisi olmayan, mutsuz, hasta ve cinsel kimliklerinden uzaklaşmış oldukları düşünülmektedir.

Ancak, düşünülenin aksine yapılan çalışmalar cinsel aktivitenin yaşlı erkeklerin % 70’inde yaşlı kadınların ise %84’ünde devam ettiğini göstermektedir. Yine yapılan çalışmalar yaşlılık olarak adlandırılan hayatın geç dönemlerindeki cinsel davranışlarda temel belirleyici olarak biyolojik faktörler kadar kültürel faktörlerin de önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Yaşlanma ile erkeklerde testisten (erbezi) salınan erkeklik hormonu olan testosteron düzeyinde azalma olur. “Yaşlanan erkek” terimi ilk defa 2. Dünya Savaşı sonrasında erkeklerde erbezi işleyişinin normal yaşlanma sürecinde etkilenmesi ile ortaya çıkan değişiklikleri ifade etmek amacı ile kadınlarda ortaya çıkan “Menopoz” ile ilişkilendirilerek “Erkek Klimakteryumu”, “Erkekmenopozu” veya daha sıklıkla “Andropoz” olarak adlandırılmıştır. Ancak, bugün kadın ve erkeklerde ortaya çıkan bu iki durumun birbirine eş olmadığı bilinmektedir. Kadınlarda gelişen menopoz ile erkekte ortaya çıkan klinik durum arasındaki farklar aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

1. Kadınlarda menopoz 1-2 yıl içinde gelişir ve tamamlanırken; erkeklerde ortaya çıkan klinik yakınmalar daha yavaş ve daha uzun zaman içerisinde belirti verir.



2. Kadınlarda kadınlık hormonu olarak da bilinen östrojen hormonu üretimi tam olarak sonlanırken; erkeklerde testosteron hormonu üretiminde kısmi azalma olmaktadır.
3. Menopoz tüm kadınlarda izlenen bir durum olmasına karşın, erkeklerin sadece bir kısmında testosteron esikliğine bağlı yakınmalar ortaya çıkmaktadır.
4. Menopoz kadınlarda ovulasyon (yumurtlama) ve fertilitenin (çocuk sahibi olabilme) tam olarak kaybı ile seyreden bir süreç olmasına rağmen, erkeklerde spermatozoa (erkek hücre) üretimi ve çocuk sahibi olabilme fonksiyonları korunmaktadır.

Erkeklerde yavaş, ancak ilerleyici bir şekilde testosteron eksikliği ile ortaya çıkan bu tablo günümüzde “Geç/Yavaş başlangıçlı hipogonadizm (azalmış erbezi işleyişi ve hormon üretimi)” terimi “Andropoz” yerine daha doğru bir tanım olarak kullanılmaktadır.

Testosteron başta cinsel organlar ve üreme sistemi olmak üzere vücuttaki pek çok doku ve sistem (kemik ve adale dokusu, yağ dokusu, kalp-damar sistemi ve kan yapımı) üzerine önemli etkilere sahiptir.

Erkeklerde hormon düzeyindeki azalma ile ortaya çıkan klinik bulgular dört ana başlık altında değerlendirilir:

1. Fiziksel bulgular: Adale kitlesinde ve gücünde azalma, genel kırgınlık ve güçsüzlük, kendini iyi hissetmeme, karın çevresi yağ kitlesinde artış, şişmanlık, meme dokusunda büyüme (jinekomasti) ve vücut kıllarında azalma, kemik kitlesinde ilerleyici kayıp ve osteoporoz (kemik erimesi) gelişimi, kan yapımındaki azalmaya bağlı olarak yorgunluk ve halsizlik olur.
2. Psikolojik bozukluklar: Zihinsel yorgunluk, bilişsel işlevlerde azalma, iyilik halinde bozulma, huzursuzluk, depresyon, konsantrasyon kaybı ve sinirlilik izlenir.
3. Genel bulgular: Aşırı terleme, ateş basma atakları, uykusuzluk, çarpıntı gibi belirtiler olur.
4. Cinsel bozukluklar: Cinsel aktivitede azalma, cinsel istek kaybı, sertleşme problemi, cinsel ilişkide zorlanma ve azalma, meni volümünde azalma, meni atım hızında azalma olur.

Bu bulgular her zaman hepsi bir arada olmayabilir. Bu nedenle, Dünya Yaşlanan Erkek Derneği tarafından tanı koymada yardımcı tipik bulgular kabul edilmiştir:

1. Cinsel isteksizlik, sertleşme zorluğu ve gece olan penis sertliğinde azalma,
2. Zihinsel aktivitede azalma, uyum problemleri, halsizlik, depresyon ve sinirlilik gibi ruh hali değişiklikleri,
3. Adale yapısı ve gücünde azalma ile birlikte vücut yapısında değişiklik,
4. Saç ve vücut kıllarında azalma,
5. Kemik erimesi osteoporoz gelişimi,
6. Karın çevresi yağ dokusunda artış.

Bu bulgulardan en az ikisi erkeklik hormonu düşüklüğü ile birlikte ise “Yaşlanan Erkek” olarak adlandırılır. Bazen tek başına cinsel sorunlar olabilir. Yaşlanma ile ortaya çıkan cinsel sorunlar şunlardır:

- Peniste sertleşme sorunları, cinsel istekte azalma ve boşalma sorunları,
- Cinsel performansta azalma,
- Cinsel ilişki sıklığı, sertleşme sıklığı, cinsel istek, cinsellikten haz alma ve orgazma (cinsel tatmin) ulaşmada azalma,

### **Yaşlanan Erkekte Cinsel Sorunlara Neden Olan Risk Faktörleri**

Öncelikle iyi bir öykü alınarak hastanın yakınmaları değerlendirilir; detaylı öykü alınarak ek risk faktörleri sorgulanır. Yaşlanan erkekte cinsel sorunlara neden olan risk faktörleri şunlardır:

- Organik risk faktörleri;
  - Yaş
  - Sistemik hastalıklar (Şeker hastalığı, Yüksek tansiyon, Kalp-damar hastalıkları, Multiple skleroz, Sinir sistemi hastalıkları, Böbrek hastalıkları),
  - Ağrı
  - Penis hastalıkları,
  - Kasık bölgesi ve cinsel organlara yönelik yaralanma ve ameliyatlara,
  - Kasık ve kalça bölgesine uygulanan ışın tedavisi,
  - İdrar yapma ile ilgili problemlerin varlığı,
  - Prostat hastalıkları,
- Psikolojik risk faktörleri;
  - Depresyon,
  - Stres,
  - Psikolojik hastalık varlığı,
  - Eş ile ilgili problemler,
  - İş ile ilgili problemler,

- Kendine güven sorunları,
- Korkular,
- Yaşam tarzı ile ilgili risk faktörleri;
  - Sigara tüketimi,
  - Alkol tüketimi (>2 kadeh/gün),
  - İlaç kullanımı,

Detaylı bir muayene yapılır. Hastanın tansiyonu mutlaka ölçülmeli ve nabız kontrol edilmelidir.

Hastanın yakınmalarını derecelendirmek için 17 sorudan oluşan “Yaşlanan Erkek Sorgulama Formu” (AMS) ve sertleşme sorununu değerlendirmek için 15 sorudan oluşan “Uluslar arası Erektile Fonksiyon Sorgulama Formu (IIEF) doldurulur. AMS yanıtların değerlendirilmesinde 27 ve üzeri; IIEF formunda ise 25 ve altı klinik olarak önemlidir.

Cinsel sorunlar ile başvuran erkek hastada yapılması gerekli laboratuvar tetkikleri şunlardır:

- Açlık kan şekeri ölçümü
- Serum lipit düzeyleri ölçümü
- Serum testosteron ölçümü (Sabah 08.00-10.00 arası)

Ayrıca bazı durumlarda aşağıdaki tetkiklerin yapılması gerekebilir:

- Detaylı hormonal inceleme
- Penis damarlarının ultrasonografi ile incelenmesi
- Penis içine damar gevşetici ilaç uygulaması ile sertleşmenin gözlenmesi

*Eğitimci, katılımcılara aşağıdaki bilgilerden yararlanarak yaşlanan erkekte cinsel sorunlar konusunda tanı ve tedavi yöntemlerini açıklar; yaşlılıkta sağlıklı bir cinsel yaşam için alınması gereken önlemleri vurgular.*

### **Tedaviyi Planlamadan Önce Yapılması Gerekenler**

- Öncelikle doğru tanı ve uygun tedavi planlanmalıdır,
- Hastaya ve eşine olası tedavi seçeneklerini ve sonuçlarını ayrıntılıyla anlatılmalıdır,
- Hastanın ve eşinin tedaviden beklentileri değerlendirilmelidir,
- Risk faktörleri saptanmalı ve düzeltilebilir olanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır,
- Hastanın genel ve sosyal durumuna uygun tedavi seçilmelidir.

### **Tedavi Uygulamaları**

1. Basamak tedavi:
  - Ağızdan alınan ilaçlar
  - Erkeklik hormonu uygulaması
2. Basamak tedavi:
  - Penis içine damar gevşetici ilaç enjeksiyonu
  - İdrar yolu içine damar gevşetici ilaç uygulaması
3. Basamak tedavi:
  - Yapay sertleşme cihazı uygulaması (Vakum cihazı)
4. Basamak tedavi:
  - Damar ameliyatları
  - Mutluluk çubuğu (protez) uygulamaları

### **Sağlıklı Bir Cinsel Yaşam İçin Yapılması Gerekenler**

- Fazla kilolar verilmeli, bol lif içeren bir diyet uygulanmalı, kolesterolden uzak durulmalıdır,
- Düzenli spor yapılmalı, stresten uzak durmaya çalışılmalıdır,
- Sigara önemli bir risk faktörüdür ve mutlaka bırakılmalıdır,
- Aşırı alkol tüketiminden kaçınılmalıdır,
- Bazı tansiyon ilaçları ve psikiyatrik ilaçlar cinsel sorunlara neden olabilir. İlgili doktorun önerisi ile ilaç değişimi yapılabilir,
- Şeker hastalığı, yüksek tansiyon gibi sistemik bir hastalık varsa kontrol altına alınması ve tedavisi yapılmalıdır,
- İdrar yapma ile ilgili sorunlar varsa tedavi edilmelidir.

## ÖZET VE DEĞERLENDİRME

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun özet ve değerlendirmesini yapar.*

1. Menopoz ile andropoz arası farklar nelerdir?
2. Yaşlanan erkekte ortaya çıkan cinsel sorunlar nelerdir?
3. Cinsel sorunlar için risk faktörleri nelerdir?
4. Tanı amacı ile neler yapılır?
5. Cinsel sorunların tedavi yöntemleri nelerdir?
6. Sağlıklı bir cinsel yaşam için ne gibi önlemler alınmalıdır?

## KAYNAKLAR

1. Başar MM, Şipal T. Andropoz ve sonrası dönemde görülen sorunlar ve çözümler: Yaşlanan erkek. In: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonda Yeni Ufuklar. Arasıl T, Gökçe-Kutsal Y, Aslan D, Başar MM (ed), Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2010, pp 69-87.
2. Başar M. Murad: Andropoz (Yaşlanan erkeğin geç başlangıçlı hipogonadizmi). Galeneos, 2006; 112: 13-21.
3. Başar MM. Yaşlanan erkeğin geç başlangıçlı hipogonadizmi ve osteoporoz. Klinik Aktüel Tıp 2007; 12: 14-24.
4. Başar MM. Yaşlanan Erkek, Temel Geriatri Kursu, Konuşma Metinleri, 1 Nisan 2010, İzmir, pp 78-81
5. Başar MM. Yaşlanan erkek ve ürolojik sorunlar. Geriatri ve Gerontoloji, Ocak 2006, pp 275-289.
6. Tunç L. Yaşlanan erkek. Geriatriye Multidisipliner Yaklaşım Sempozyumu, Öncü Basımevi, Ankara, 2008, pp 87-94.



**KONU**

29

**KADIN CİNSEL  
ORGANLARINDA YAŞA  
ÖZGÜ MEYDANA GELEN  
DEĞİŞİMLER**





## **KONU : KADIN CİNSEL ORGANLARINDA YAŞA ÖZGÜ MEYDANA GELEN DEĞİŞİMLER**

**SÜRE** : 45 dakika

**AMAÇ** : Kadın cinsel organlarında yaşla birlikte ortaya çıkan yapısal ve işlevsel değişiklikler hakkında bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Kadın cinsel organlarını sayabilmeli,
- Bu organların fizyolojik görevlerini söyleyebilmeli,
- Yaşlanma ile bu organların yapılarında ortaya çıkabilecek değişiklikleri açıklayabilmeli,
- Yaşla birlikte ortaya çıkan değişikliklere bağlı olarak gelişen sorunları açıklayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, üremenin ve cinselliğin evrenselliğine vurgu yapar, konuya önce doğadan örnekler vererek daha sonra insanlara geçiş yapar. Üreme ve cinselliğin gerçekleştirilmesinde cinsel organların önemini hatırlatır.*

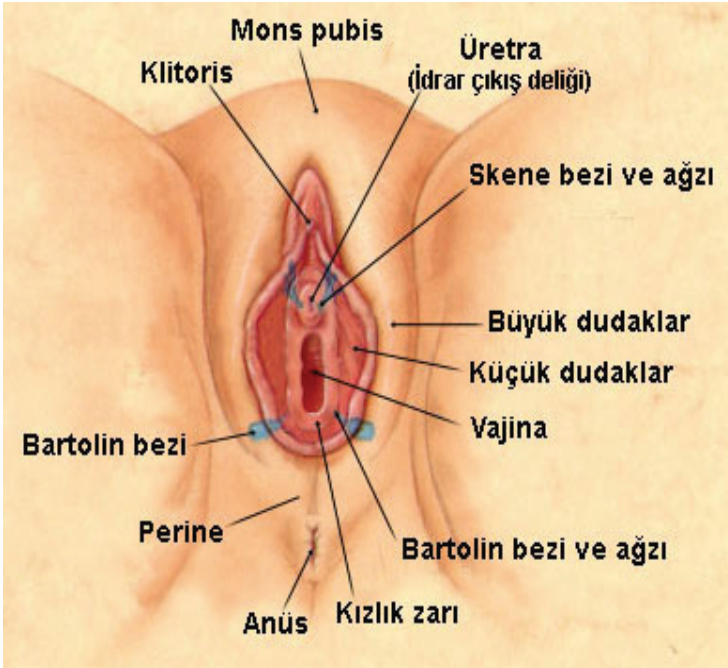
### **Giriş**

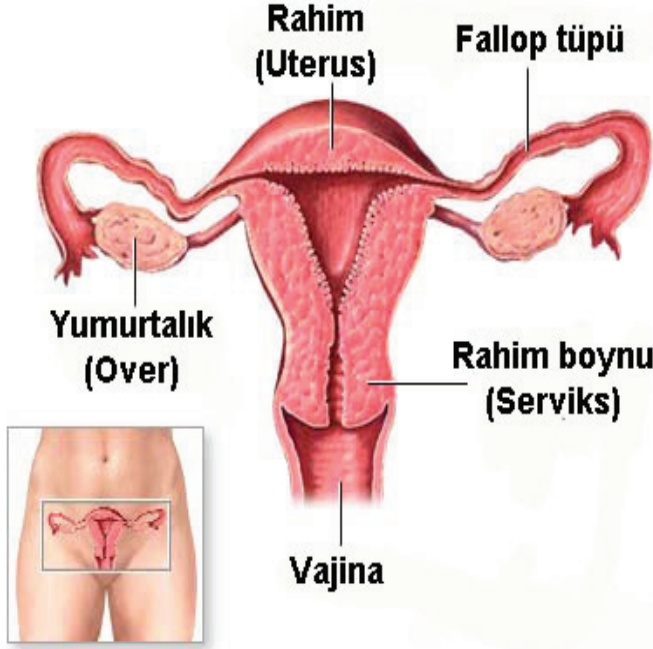
*Eğitimci, katılımcılara iç ve dış kadın cinsel organlarının resimlerini gösterip, katılımcılardan gördükleri tüm yapıları tanıyıp tanımadıklarını sorar birkaç cevap aldıktan sonra şimdi bu konuyu açıklayacağını söyler.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak kadın cinsel organlarının fizyolojik görevleri hakkında bilgi verir ve yaşla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikleri açıklar.*

## **KADIN CİNSEL ORGANLARI**





**Kadın** cinsel organları iç ve dış olmak üzere ikiye ayrılır: Dış genital organlara topluca vulva adı verilir. Vulvanın kısımları:

1. Dış dudaklar (Labia majör): Vajina giriminin sağ ve soldaki en dış kısmıdır.
2. İç dudaklar (Labia minör): Sağ ve sol dış dudakların iç kısmında bulunan yapılardır.
3. Vajina girişi: İç dudaklardan başlayıp kızlık zarından sonra vajinayla devam eder.
4. Kızlık zarı (Hymen): Vajen giriminde oldukça ince, kısmen esnek genellikle çepeçevre bir yapıdır. İlk girilen cinsel ilişki ya da herhangi bir zorlamayla yapısı bozulur.
5. Bızır (Klitoris): Vulvanın tepesinde, kabarık, oldukça duyarlı bir yapıdır.
6. İdrar deliği: İdrar boşaltım deliğidir.
7. Perine: Vajen girimin arka alt sınırı ile makat arasında kalan kısımdır.
8. Makat (Anüs): Kalın barsağın bu son kısmını oluşturan açıklık.
9. Salgı Bezleri: Dış genital bölgenin kurumasını önlemenin yanı sıra cinsel ilişki esnasında kayganlaşmayı sağlayan birkaç adet salgı bezi vardır. Bunlar arasında en önemlileri idrar çıkış deliğinin yanlarında yer alan Skene bezleri ve vajina girimini hemen sağ ve solunda yer alan Bartholin bezleridir.

### **İç Genital Organlar;**

1. Vajina (Hazne): Rahim ile dış ortam arasındaki bağlantıyı sağlayan boru şeklinde, esneme yeteneği çok gelişmiş bir organdır. Cinsel ilişki bu bölgede olur. Doğumda bebek buradan geçerek dünyaya gelir, doğum sonrası çok hızlı bir biçimde eski halini alır.
2. Üretra (İdrar yolu): Mesaneden idrarın dışarı akmak için geçtiği boru şeklindeki organdır.
3. Fallop tüpü: Rahimin sağ ve sol köşelerinden çıkıp yumurtalıklara doğru uzanan tüpçüklerdir.
4. Rahim boynu (Serviks): Rahim boşluğu (endometrium) ile hazne arasındaki geçiş bölgesidir.
5. Rahim (Uterus): Kadında adet görme ve gebelikle ilgili fonksiyonların gerçekleşmesini sağlayan temel organdır.
6. Rahim boşluğu (Endometrium): Rahimin iç kısmındaki boşluktur.
7. Yumurtalıklar (Ovaryum) : Rahime birer bağla bağlı olup her iki yanında yer alan iki adet organdır. Kadın cinsiyet hücresi (yumurta, oosit) üretimi ve kadınlık hormonlarının üretiminden sorumludur.

### **Üreme Döneminde Kadın Cinsel Organları Çoklu İşlev Görür:**

1. Yumurtalıklardan bir kadın cinsiyet hücresi üretmek,
2. Üretilen kadın cinsiyet hücresinin erkek cinsiyet hücresi ile döllenmesini sağlamak,
3. Döllenmiş cinsiyet hücresinin (zigot) büyüyüp geliştirilmesini sağlamak (gebelik),
4. Anne rahminde gelişen çocuğun (fetus) dış ortamda yaşayabileceği döneme ulaşınca doğumunu gerçekleştirmek.

Öte yandan yaşlanma ile cinsel organların üreme fonksiyonları sona erer. Ancak cinsel ilişki odaklı fonksiyonları sürer.

Yaşlanma ile birlikte kadın cinsel organlarında meydana gelen temel değişiklikler şunlardır:

1. Üreme fonksiyonlarının kaybı
2. Cinsel organlarda çekilme (atrofi)
3. Cinsel organlarda kuruluk

Özellikle cinsel organlarda gözlenen çekilme ve kuruluk kadınlık hormonlarının (östrojen ve progesteron) dışarıdan verilmesi ile ortadan kaldırılabılır. Ancak hormon tedavisi yapılamıyorsa özellikle vajinal kuruluğu ortadan kaldırmaya yönelik vajinal nemlendiriciler kullanılabilir.

## ÖZET

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerle konuyu özetler.*

Kadın iç genital organları iç ve dış olarak 2'ye ayrılır. Dış genital organlar iç genital organlarla devamlılık gösterir. Genital organların temel işlevleri üreme ve cinsel ilişkiye yöneliktir. Yaşlılıkta üreme fonksiyonu kaybolur.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. Kadın dış genital organlarının adları nelerdir?
2. Kadın iç genital organlarının adları nelerdir?
3. Yaşlılıkta cinsel organlar hangi fonksiyonlarını kaybeder?
4. Yaşlanma ile cinsel organlarda meydana gelen temel değişiklikler nelerdir?

## KAYNAKLAR

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010.



**KONU**

30

**YAŞLILIK DÖNEMİNDE  
ÜRİNER İNKONTİNANS  
VE GENİTAL ORGAN  
SARKMALARI**





## **KONU : YAŞLILIK DÖNEMİNDE ÜRİNER İNKONTİNANS VE GENİTAL ORGAN SARKMALARI**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılıkta üriner inkontinans ve genital organ sarkmaları konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Üriner inkontinans tiplerini sayabilmeli,
- Genital organ sarkma tiplerini söyleyebilmeli,
- Üriner inkontinans ve genital organ sarkmaları arasındaki ilişkiyi açıklayabilmeli,
- Bu durumların tedavisinde neler yapılabildiğini ifade edebilmelidir

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap
- Tartışma

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, üriner inkontinansın sanıldığından daha yaygın olarak görüldüğünü, hastalar tarafından söylenilmeye çekinildiği için 'gizli bir hastalık' olduğunu vurgular. Katılımcılara aniden idrara sıkışan bir kadın resmi göstererek, kadının yüzüne vuran aşırı rahatsızlık ifadesine dikkat çeker. Günümüzde oldukça etkin tedavi yöntemleri olduğunu belirtir.*



### **Giriş**

*Eğitimci, katılımcılara yakınlarında altmış beş yaş ve üzeri dönemde olup da idrar kaçırma ve/veya genital organ sarkması olan bir kadın olup olmadığını sorar. Bu soruya evet cevabını veren bir katılımcıya o kimse ile ilgili neler bildiğini kısaca anlatmasını ister. Eğer cevap veren olmaz ise kendi bildiği bir olguyu örnekleyerek kısaca anlatır. Ardından konunun amaç ve öğrenim hedeflerini açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak üriner inkontinans ve genital organ sarkmaları konusunda bilgi verir.*

## ÜRİNER İNKONTİNANS

Üriner inkontinans istem dışı idrar kaçırmadır. Nedenleri arasında şişmanlık, yaşlanma, menopoz, çok doğum yapma, cinsel organ sarkmaları, astım, şeker hastalığı, idrar yolu enfeksiyonları ve antihipertansif, diüretik gibi ilaçları kullanmak sayılabilir.

Erişkin kadınlarda (25-55 yaş) görülme sıklığı %20 iken emekli yaş grubunda sıklığı %50'lere yükselir. seksen yaş üstü kadınların ise %75'inde idrar kaçırma şikayeti vardır.

Klinik şikayetlere göre inkontinans 8 tipe ayrılır:

1. **Stres Üriner İnkontinans:** Fiziksel aktivite esnasında (öksürme, hapşırma, ekzersiz) düşük miktarda idrar kaçırma.
2. **Sıkışma Tipi (Urge, Ani İşeme Hisli) İnkontinans:** Beklenmedik zamanlarda, uyku da dahil büyük miktarda idrar kaçırma.  
(Kadınlara elli yaşına kadar en sık görülen stres inkontinans iken, bu yaştan sonra sıkışma tipi inkontinans'ın sıklığı artar.)
3. **Karışık Tip (Mikst) İnkontinans:** Stres ve sıkışma tipi inkontinansın sıklıkla birlikte oluşması.
4. **Fonksiyonel İnkontinans:** Yaşlılık, fiziksel yetersizlik, aşırı sıvı alımı, hariçi engeller veya bireyi tuvalete gitmekten alıkoyan düşünme veya iletişim bozukluklarına bağlı olarak zamansız bol miktarda idrar kaçırma (örneğin hareket kısıtlılığı, şeker hastalığı, kalp yetmezliği, hiperkalsemi, atrofik üretrit, kabızlık, ani bilinç bulanıklığı).  
Özellikle yaşlı kadınlarda östrojen eksikliğine bağlı genital organlarda çekilme (genitoüriner atrofi) de inkontinansa yol açar.
5. **Taşma Tipi (Overflow) İnkontinansı:** Tam dolu mesane nedeniyle beklenmedik zamanlarda işeme hissi olmaksızın az az ve sık idrar kaçırma. Şeker hastalığı, nörolojik hastalıklar veya geçirilmiş idrar kaçırma ameliyatlarından sonra ortaya çıkabilir.
6. **Geçici İnkontinans:** Geçecek bir durum nedeniyle (örneğin idrar yolu enfeksiyonu, diüretik ve/veya antihipertansif gibi bir ilaç kullanımı), arasıra idrar kaçırma.

7. **Devamlı İnkontinans:** Ürogenital fistüllere bağlı (sıklıkla vezikovajinal fistül) sürekli idrar kaçırma.
8. **Psikolojik İnkontinans:** Ani heyecanlanma veya korkuya eşlik eden idrar kaçırmadır.  
Olgunun tedavisine başlamak için hangi tip idrar kaçırma olduğu mutlaka bilinmelidir. Böylece uygun tedavi verilebilir.

Hastanın genital organ muayenesi yapılarak bir takım testler istenilerek (tam idrar tahlili, idrar kültürü, kan biokimyası, pet testi, ürodinamik çalışmalar gibi) değerlendirme tamamlanır.

**Üriner inkontinans tedavisinde** düşük yoğunlukta tedavilerden (yaşam stil değişiklikleri, medikal tedavi gibi), yüksek yoğunlukta tedavilere (pelvik taban kas egzersizleri, biofeedback, cerrahi) doğru geniş bir tedavi spektrumu vardır.

Bu tedavi spektrumu içerisinde en etkin olan cerrahi yöntemlerdir. Ancak diğer tedavi yöntemlerini de küçümsemek, endikasyonu doğru konulan olgularda oldukça başarılı olacaklarını bilmek gereklidir.

Pelvik taban kas eğitimi son yıllarda önem kazanmaya başlamıştır. Bu amaca yönelik uygulamalar şunlardır:

### **1. Kegel Egzersizi**

Komplike olmamış idrar kaçırma şikâyeti bulunan olguların büyük bir çoğunluğu Kegel egzersizlerinden fayda görür.

### **2. Pelvik Taban Egzersizleri İle Birlikte Kullanılan Yardımcı Yöntemler**

- a) Vajinal Koniler
- b) Biofeedback tedaviler
- c) Elektrik stimülasyonu
- d) Ekstrakorporal manyetik inervasyon tedavisi (EKMI)-Manyetik sandalye-

Öte yandan üretraya bası yapan mekanik cihazlar (pesserler) veya üretrayı tıkayan cihazlar (Femsoft) özellikle yaşlı grubunda düşünülmelidir.

## **Genital Organ Sarkmaları**

Nedenleri arasında iri bebeğin (>4500gr) vajinal yoldan doğumu, doğumun uzaması, doğumda forseps veya vakum kullanımı, batin içi basıncı artıran hastalıklar (astım, şişmanlık) ağırlık kaldırıcı işlerle uğraşmak, genetik yatkınlık ve rahmin alınması (histerektomi) sayılabilir.

Kadın genital organının;

- Ön duvarındaki zayıflamalara bağlı olarak mesane sarkması (sistosel),
- Arka duvarındaki zayıflamalara bağlı olarak rektum sarkması (rektosel)
- Rahimi yerinde tutan bağların zayıflamasına bağlı olarak rahim sarkması (uterin prolapsus),
- Eğer rahim alınmışsa geride kalan güdüğü tutan oluşumların zayıflamasına bağlı güdük sarkması (kaf prolapsusu),
- Kadın cinsel organının kubbesinden aşağı doğru bağırsakların hareketlenmesi bağırsak sarkması (enteros) olarak ifade edilir.

Olguların tedavisinde ya sarkan organ eski yerine cerrahi yöntemler kullanılarak geri asılır ya da sarkmayı önleyen bazı cihazlar (örneğin pesser) kadın cinsel organının içine yerleştirilerek sorun aşılmaya çalışılır.

Genital organ sarkmalarına sıklıkla idrar kaçırma eşlik edebilir ancak bir grup kadında ise eğer sarkma idrar yapma veya dışkılama mekanizmalarını bozarsa kadında idrar yapamama veya dışkılayamama ortaya çıkar.

Öte yandan, genital organ sarkmalarına eşlik eden diğer bulgular; cinsel organda baskı hissi, ağırlı cinsel ilişki, idrarı veya büyük abdesti yapmak için elle destek sağlamadır.

## ÖZET

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak konuyu özetler.*

Üriner inkontinans istem dışı idrar kaçırmadır. Emekli yaş grubunda sıklığı %50'lere yükselir. seksen yaş üstü kadınların ise %75'inde idrar kaçırmaya şikâyeti vardır.

Klinik şikâyetlere göre inkontinans 8 tipe ayrılır. Tedavi idrar kaçırmının tipine göre verilir. En etkin cerrahi tedavidir. Ancak diğer tedavi alternatifleri de iyi seçilmiş hastalarda yükek etkinlik gösterir.

Kadın cinsel organının duvarlarında meydana gelen zayıflamaya bağlı olarak değişik tipte genital organ sarkmaları meydana gelir. Genital organ sarkmalarına idrar kaçırmaya eşlik edebileceği gibi bir grup kadında idrar yapamama da ortaya çıkabilir. Etkin tedavi cerrahidir. Ancak cerrahi istemeyen veya yapılamayan olgularda cinsel organ içine bir takım cihazlar yerleştirilerek mevcut sorun aşılmaya çalışılır.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. Üriner inkontinans nedir?
2. Genital organ sarkmalarının tipleri nelerdir?
3. Genital organ sarkması olan tüm kadınlarda mutlaka idrar kaçırmaya var mıdır?

## KAYNAKLAR

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010.

**KONU**

31

**YAŞLILIK DÖNEMİNDE  
MENOPOZ VE CİNSEL  
SORUNLAR**





## **KONU : YAŞLILIK DÖNEMİNDE MENOPOZ VE CİNSEL SORUNLAR**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılıkta menoz ve cinsel sağlık konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Menozun ne anlama geldiğini söyleyebilmeli,
- Menozun cinsel sağlık üzerindeki etkisini söyleyebilmeli,
- Menoz sorunlarını tanımlayabilmeli,
- Yaşlılıktaki cinsel sorunların tedavisinde nelerin yapıldığını açıklayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap
- Tartışma

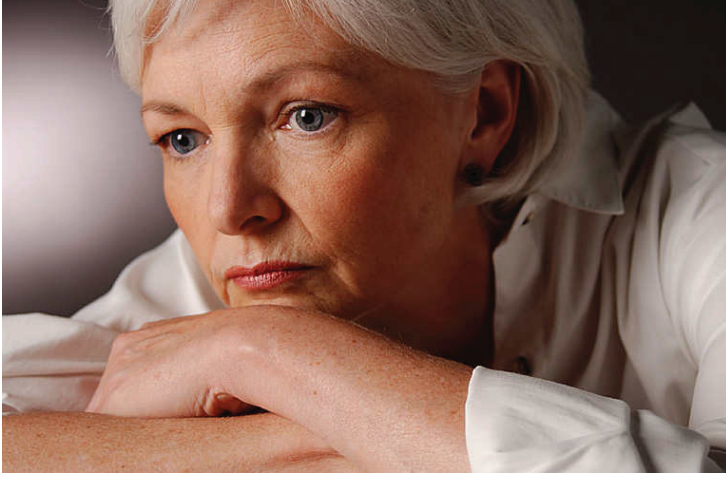
### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kağıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılar arasından menozun ne olduğunu bilenlerin parmak kaldırmasını ister. Parmak kaldıranlar arasından 2 kişiye bir cümlelik tanımlama yaptırır. “Menoz bir bitiş değil, aslında yeni bir başlangıçtır!” cümlesiyle veya benzer bir cümle ile konuya giriş yapar. Bu esnada menoz sıkıntıları temalı değişik kadın resimlerini barkovizyonla yansıtır veya katılımcılara dağıtır.*



## Giriş

*Eğitimci, katılımcılara menopoza en iyi tanımlayan bir sözcük söylemelerini ister. Katılımcılardan gelen sözcükleri bir cümlede birleştirerek tüm gruba en fazla hangi sözcüğün menopoza en iyi tanımladığı sorusunu yöneltir. Aldığı cevaplardan sonra konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

## İşleniş

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak menopoz ve yaşlılıkta cinsellik konusunda bilgi verir.*

## MENOPOZ VE CİNSEL SORUNLAR

Menopoz, normal fizyolojik bir süreç olup sıklıkla kırk yaşından sonra ortaya çıkar. Ülkemizde en sık görülen menopoz yaşı kırk beş-kırk dokuz yaştır. Bir kadın başka bir nedene bağlı olmaksızın en az ardışık olarak 12 ay adet görmez ise menopozda olduğu söylenebilir. Menopoz döneminde kadın üreme yeteneğini yitirmiştir. Kadınlarda yumurtalıklar östrojen ve progesterone üretiminden sorumludur. Bu hormonlar adet görme, yumurtlama ve yumurtalıktan dışı cinsiyet hücresinin salınımında görev alırlar. Menopozda yumurtalıkların aktivitesi sona erer ve buna bağlı olarak östrojen ve progesterone seviyeleri azalır. Bu ise menopozun başlamasına neden olur. Menopoz kadınları değişik şekilde etkiler. Bazı kadınlarda hiç bir sorun olmaz iken bir grup kadında çok sayıda fiziksel ve psikolojik sorunlar görülür.

### **Menopoz esnasında sık görülen semptomlardan bazıları şunlardır:**

1. Düzensiz adet kanamaları
2. Sıcaklık basmaları ve terleme
3. Kemiklerde erime (osteoporoz)
4. Kadın cinsel organında kuruluk ve kaşıntı
5. Huy değişiklikleri
6. Uyku bozuklukları
7. Bel etrafında yağlanma
8. Saçlarda incelme
9. Memelerde dolgunluk kaybı

Menopoz bir hastalık hali değildir. Ancak mevcut bulgular kadın yaşam kalitesini azaltıyorsa tedavi verilmelidir. Bu amaçla hormon replasman tedavisi, antidepresanlar veya bitkisel kaynaklı tedaviler verilebilir. Menopoz döneminin başlangıcında mutlaka doktora başvurulmalı; düzenli aralıklarla kontrole gidilmelidir.

Yaşlılıkta seksüel aktivite; sarılmadan cinsel ilişkiye kadar değişebilir. Altmış altı-yetmiş bir yaş arasındaki kadınların %47'sinin, yetmiş sekiz yaşından büyük kadınların ise %28'inin seksüel olarak aktif oldukları bilinmektedir. Yaşlı kadınlardaki seksüel aktivitedeki düşüşün en önemli nedeni eş bulamama sorunudur. Diğer nedenler ise cinsel organlarda gerileme (atrofi) ve kuruluk, azalmış kas gerginliği, kronik hastalıklara bağlı ağrı, hipertansiyon, diabetes mellitus, psiko-sosyal sorunlar, inme ve özel yaşam yokluğu ile kullanılan bazı ilaçlardır (antihipertansifler, antidepresanlar, beta blokerler, antipsikotikler, antikolinergikler).

Cinsel organlarda gerileme ve kuruluğun tedavisinde ya kadınlık hormonları verilmeli ya da vajinal nemlendiriciler kullanılmalıdır.

Yaşlılıkta cinsel işlev bozukluklarında aşırı azalma durumunda mutlaka konuyla ilgili olarak doktora başvurulmalıdır.

## ÖZET

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerle konuyu kısaca özetler.*

Menopoz doğal bir kadın yaşam dönemidir. Bu dönemde kadınlarda üreme fonksiyonu sona erer. Ayrıca sıcaklık basmaları, terleme, kemiklerde erime, uyku bozuklukları gibi bulgular ortaya çıkar. Tedavi, eğer mevcut bulgular yaşam kalitesini bozuyorsa verilmelidir. Bu amaçla hormon replasman tedavisi veya bitkisel kaynaklı ilaçlar verilebilir. Öte yandan yaşlılıkta cinsel aktivite sanıldığı kadar aksine sona ermez. Yaşlılıkta kadınlarda görülen cinsel aktivite düşüklüğünün en temel nedeni “eş bulunamamasıdır”.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirilmesini yapar.*

1. Menopoz nedir?
2. Menopoz bulguları nelerdir?
3. Yaşlılıkta cinsel sorunların nedenleri nelerdir?

## KAYNAKLAR

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlık Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010.



**KONU**

32

**YAŞLILARDA SIK GÖRÜLEN  
ROMATİZMAL HASTALIKLAR**

*Asuman DOĞAN  
Pınar BORMAN  
Yeşim GÖKÇE KUTSAL  
Kutay ORDU GÖKKAYA*





## **KONU : YAŞLILARDA ROMATİZMAL HASTALIKLAR**

**SÜRE** : 45 X 2 : 90 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılarda en sık görülen romatizmal hastalıklar konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Sık görülen romatizmal hastalıkların neler olduğunu sayabilmeli,
- Romatizmal hastalıklara neden olan riskli yaşam davranışlarını ve günlük yaşam aktivitelerini söyleyebilmeli,
- Romatizmal hastalıklardan korunma ilkelerini sayabilmeli,
- Romatizmal hastalıklardan korunma ve tedavi yaklaşımlarında bireyin yapması gereken davranışları sıralayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru- Cevap

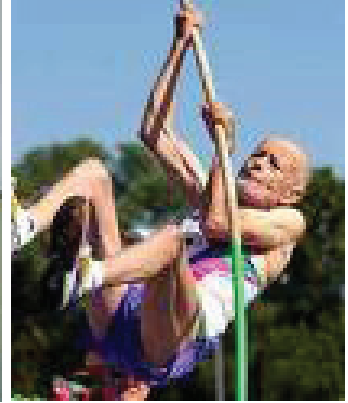
### **ARAÇ-GEREÇ**

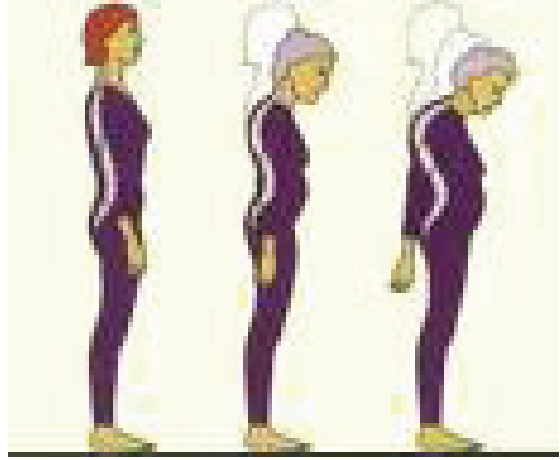
- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Afiş-broşür
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, gazete ve dergilerden temin ettiği romatizmal hastalıkları ve risk faktörlerini gösteren fotoğrafları katılımcılara gösterir. Bu fotoğrafların kendilerine neler ifade ettiğini sorar, aldığı cevaplardan sonra konuyu açıklar.*





## Giriş

*Eğitimci, katılımcılara yakınlarında altmış beş yaş ve üzeri dönemde romatizmal hastalığı, kireçlenmesi veya kemik erimesi, boyun ağrısı, bel ağrısı olan bir birey olup olmadığını sorar. Eğer cevap alamaz ise kendi çevresinden bir örnek verir. Bu konu ile ilgili katılımcıların korunmaya ve tedaviye ilişkin görüşlerini alır. Ardından konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

## İşleniş

*Eğitimci, yaşlılık döneminde sık görülen romatizmal hastalık tiplerinin neler olduğunu açıkladıktan sonra romatizmal hastalıklardan korunma ve tedavi yaklaşımları ile ilgili aşağıdaki bilgilerden yararlanarak katılımcılara ayrıntılı olarak açıklama yapar.*

### YAŞLILARDA GÖRÜLEN ROMATOLOJİK HASTALIKLAR

Yaşlı popülasyonun hemen tümünde kas-iskelet sistemi kaynaklı ağrı ve yaşam kalitesi azalması mevcuttur. Toplum içi ve bakım evlerinde yaşayan yaşlı bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda, bireylerin çoğunda bir veya birden fazla romatizmal hastalık olduğu ve çoğu yaşlıda bunların yeterli tedavisinin yapılamadığı saptanmıştır. Sağlık istatistiklerine bakıldığında da romatizmal hastalıkların, yaşlılarda hekime başvuru ve fonksiyon kaybının başta gelen nedenlerinden birini oluşturduğu görülür. Bunun başlıca sebepleri; hem bazı romatizmal hastalıkların (osteoartrit, polimiyaljia romatika gibi) yaşla belirgin olarak artması hem de daha önceden varolan kronik hastalıklara (ankilozan spondilit vb.) bağlı sorunların yaşlılığa bağlı kas-iskelet sistemi değişiklikleri ve ek patolojilerin eklenmesiyle daha fazla fonksiyon kaybına neden olmasıdır.

Yaşlılarda romatizmal hastalıkların tanı, izlem ve tedavisinde sıklıkla sorunlarla karşılaşılır. Bunların en başta gelen nedeni çoğu yaşlıda birden çok romatizmal soruna ek olarak en az bir sistemik hastalık varlığıdır. Yaşlılarda semptom ve bulgular farklılık gösterebilir, bu durum gerek tanı ve gerekse uygulanacak tedavinin şekli, ilaçların dozu, süresi ve takibi yönünden önem arz eder.

Bir başka önemli problem, azalmış zihinsel işlevler nedeniyle ifade ve iletişim zorlukları yaşanmasıdır. Hasta kendini iyi ifade edemediği gibi, daha önceden yapılan incelemeleri, alınan sonuçları, konulan tanılarını, kullandığı ilaçları, dozlarını, etki ve yan etkilerini hatırlamayabilmektedir.

*Eğitimci, kısaca geriatrik yaş grubunda sık görülen romatizmal hastalıkları tanımlar ve sonra tanısız sorunlar üzerinde durarak konuya devam eder.*

### **Osteoartrit (OA); Kireçlenme**

Özellikle gelişmiş toplumlarda, beklenen yaşam süresi arttıkça, yaşla ilişkili hastalıklar önem kazanmaktadır. Bunların başında OA gelmektedir. Çünkü OA sıklığı, yaşla çok belirgin bir ilişki göstermektedir. OA eklem kıkırdağının harabiyeti ve eklem çevresi kemik yapıların yeniden şekillenmesi ile giden, ilerleyici özellikte olan, sistemik olmayan dünyada en yaygın görülen eklem hastalığıdır. Tüm eklemlerde görülmekle birlikte en sık el, diz, kalça ve omurga eklemlerinde ortaya çıkar. Yaşlı hasta grubunda özür lülüğün ve ağrının en sık nedenidir. Elli beş yaşın üzerinde sıklığı %10 iken, yetmiş beş yaş üzerine sıklığı %50'yi geçmektedir. Radyolojik incelemeler ve otopsilerde altmış beş yaş üzeri tüm bireylerde görüldüğü tespit edilmiştir.

### **OA Risk Faktörleri:**

- Yaş OA ile en kuvvetli ilişkisi olan risk faktörüdür. Yaşla OA prevalansı arasında progresif bir artış vardır. Tüm dünyada yetmiş beş yaş üzerinde olanlarda en az bir eklemden OA bulguları gösterilebilirken kırk yaşın altında OA özgü (ilerleyici kıkırdak kaybı, osteofit, eklem kapsülünde kalınlaşma, subkondral kemikte skleroz) bulgular nadirdir.
- Yaştan sonra gelen diğer önemli risk faktörü obezitedir. Obezite ortadan kaldırılırsa diz OA görülme sıklığı erkeklerde %26-52, kadınlarda %28-53 oranında azaltılabilmektedir.
- Kadın cinsiyet; OA her iki cinsiyeti etkilemekle birlikte kadınlarda 1.5-4 kat fazla görülür. El ve diz OA kadınlarda daha sık iken kalça OA erkeklerde daha sık görülmektedir.

- Travma veya daha önce geçirilmiş (eklem yapılarını etkileyen) cerrahi müdahale,
- Ailesel yatkınlık,
- Metabolik hastalıklar (gut, akromegali, okronozis, vb.),
- Ekleme aşırı yük binmesine neden olan biyomekanik bozukluklar (bir bacakta kısalık, aynı taraf bir başka eklemden patoloji veya karşı taraf aynı eklemden OA gibi durumlarda ekleme binen yükte artış olmaktadır),
- Doğumsal veya kazanılmış anatomik bozukluklar.

### **OA'in Semptom ve Bulguları:**

OA'in semptom ve bulguları tutulan eklemdir. OA ana semptomu ağrıdır. Ağrı eklem kullanımı sonrasında olur, hareketle artar istirahatle azalır. Ağrının yeri genellikle iyi tarif edilemez. Hastalığın ilerlemesi ile ağrı çok az hareketle bile gelişebilir, hatta istirahatte bile olabilir. İlerlemiş vakalarda ağrı hastayı uykudan uyandırabilir.

Ağrı bölgesi tutulan ekleme göre değişir.

Boyun OA: Ağrı omuza ve enseye yayılabilir

Bel OA: Ağrı sırtta bel bölgesine ve bacaklara yayılabilir

Kalça OA; kalça, kasık ve dize yayılan ağrı olabilir.

El OA'de kavrama, ayak OA'de yürüme ile ağrı artar.

En sık OA'in görüldüğü eklem olan diz tutulumunda ise kişi oturduğu yerden kalkarken, merdiven inip-çıkarken ve yürümekle artan ağrıdan yakını.

OA'de bazen ani ve birkaç gün içinde gelişen alevlenme olabilir. Bu dönemde eklemden şişlik, ısı artışı, olabilir.

**Eklem katılığı (tutukluğu)** diğer bir şikayettir. Oldukça sık rastlanan bu durum sabahları ve/veya uzun istirahat sonucu gelişir, genelde eklemden birkaç açma kapama hareketi sonrası açılır. Diğer yakınmalar ise eklem hareketlerinde kısıtlılık, şekil bozukluğu, eklemden ses gelmesidir. Ağrı, eklem hareket açıklığında kısıtlılık, eklemden kuvvet ve dayanıklılık kaybı, esnekliğin azalması ve tüm bunların sonucu olarak günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) zorluk gelişir. Hasta; aktivitesi kısıtlandıkça kilo alır, eklem çevresi kasların kuvveti azalır ve bu süreç ekleme binen yükü arttırarak, OA ilerlemesine neden olarak bir kısır döngü oluşturur.

Muayenede; eklem hareket açıklığında azalma, hassasiyet, şekil bozukluğu, eklem stabilitesinde kayıp, ataklar sırasında eklemlerde hafif sıcaklık artışı ve şişlik.

Laboratuvar bulguları özellik göstermez. Tanısı eklem grafisi ile konulur. Rutinde gerekli olmamakla birlikte eğer çekilirse MR’da kıkırdak ve kemikteki dejeneratif (kireçlenme) değişikliklerle birlikte, ileri kıkırdak kaybı saptanabilir.

Hastalığın bilinen tam tedavisi yoktur, tedavisi semptomları gidermeye yöneliktir. Tedavide amaç ağrıyı azaltmak, eklem hareketini korumak, kısıtlılıkları en aza indirmek, mümkünse hastalığın ilerleyişini durdurma. İlaç tedavisi olarak ilk tercih basit ağrı kesiciler (parasetamol ) olmalıdır. Eklemde şişlik, sıcaklık artışı, efüzyon var ise ve risk faktörlerine dikkat edilerek steroid olmayan antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ) kullanılabilir. Bu ilaçlar verilirken mide şikayetleri (mide kanaması hikayesi, gastrit, ülser tanısı alanlar ve mide şikayeti olanlar), kalp-damar hastalıkları, karaciğer-böbrek yetmezliği sorgulanmalı, olanlarda bu ilaçlar dikkatli verilmelidir. NSAID verilmesi gerekiyorsa mide şikâyetleri sorgulanarak mide koruyucular ilave edilmelidir. NSAID ’lar kan sulandırıcılar, lityum, tansiyon ilaçları ile etkileşimi olabilir. NSAID’lar mümkün olan en düşük dozda kullanılmalı, uzun süreli tedavi ve yüksek dozdan kaçınılmalıdır. Ayrıca lokal sürülen ağrı kesici ve anti romatizmal kremler uygulanabilir. İlaç tedavisinde kesinlikle doktorun önereceği ilaçlar, doktorun tavsiye ettiği dozda alınmalı, komşunun önereceği (ona iyi gelmiş olan) ilaçlar, aktarlardan rastgele alınmış şifalı bitkiler doktora danışılmadan kullanılmamalıdır.

### **OA’de, ilaç dışı tedaviler ilaç tedavisinden daha önemlidir.**

Bunlardan hasta eğitimi, tedavinin birinci basamağıdır. OA olan hastaların çoğu ağrıya odaklanır, oysa tedavinin tek amacı ağrıyı gidermek olmamalı, eklem korunması, fonksiyon kaybının önlenmesi, ilerleyişin durdurulması veya geciktirilmesi planlanmalıdır. Hasta eğitimi: hastaya hastalığın kesin tedavisinin olmadığı, sorunla başetme konusunda ve OA etkilerini azaltmak için; davranış değişikliği (dizini bükerek oturmaması, namazı oturarak kılması, hareketliliğini koruması, uygun ayakkabı seçimi, gibi) konusunun önemi vurgulanmalıdır.

- Kilo verme (ağrının azaltılmasında, kireçlenme sürecinin geriletilmesindeki önemi),
- Fizik Tedavi ve kaplıca uygulamaları (Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman doktoru tarafından yüzeysel sıcak uygulamalar, soğuk uygulamalar, derin ısıtıcılar, masaj, elektroterapi, traksiyon gibi uygulamaların; bir veya birkaçı seçilerek, ağrı, sabah katılığı, kaslardaki spazm, giderilmeye veya azaltılmaya çalışılır),
- Dayanıklılığı ve zindeliği artırıcı egzersiz programları,
- Eklem hareket açıklığını artırıcı egzersizler,
- OA ‘i olan eklem çevresini güçlendirici egzersiz

- Eklem içine yapılan enjeksiyonlar
- Yardımcı cihazların ve desteklerin kullanılması, (şok absorban tabanlık, hastaya göre baston, yürüteç seçimi) ekleme binen yükü azaltmanın yanında yere basma yüzeyini artırarak dengenin sağlanmasına yardımcı olur.
- En son aşamada cerrahi tedaviler sayılabilir.

Yaşlılarda romatizmal hastalıkların tanı, izlem ve tedavisinde sıklıkla sorunlarla karşılaşılır. Bunların en başta gelen nedeni çoğu yaşlıda birden çok romatizmal soruna ek olarak en az bir komorbid sistemik hastalık varlığıdır. Bu durum gerek tanı ve gerekse uygulanacak tedavinin şekli, ilaçların dozu, süresi ve takibi yönünden önem arzeder. Ayrıca, yaşlılarda semptom ve bulgular farklılık gösterebilir. Bir başka önemli problem, azalmış entellektüel ve bilişsel işlevler nedeniyle ifade ve iletişim zorlukları yaşanmasıdır. Hasta kendini iyi ifade edemediği gibi, daha önceden yapılan incelemeleri, alınan sonuçları, konulan tanıları, kullandığı ilaçları, dozlarını, etki ve yan etkilerini hatırlamayabilmektedir.

## **BEL AĞRILARI**

Bel ağrısı iş gücü kaybına, geçici veya kalıcı fonksiyonel kayıplara neden olduğu için gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların temel sağlık sorunlarından biridir. Yaşlılıkta da bel ağrısı en sık yakınılan şikayetlerden birisidir. Yetmiş beş yaşın üzerindeki hekime başvuru nedenleri arasında üçüncü sırada gelmektedir. Bel ağrısının yaşlı nüfusta günlük fonksiyonları kısıtlama oranı oldukça yüksektir. Gençlerde bel ağrılarının nedenleri genellikle çevre yumuşak dokularda zorlanma ve sinir kökü basısı iken yaşlılarda bunlara ilaveten omurganın dejeneratif hastalıkları (diskopati, faset eklem artropatisi, spondilolistezis, spinal stenoz), enfeksiyon, tümörler, osteoporozla bağlı kırıklar ve başka bölgelerin ağrılı organlarından yansıyan ağrılar (karın içi, idrar yolları ve kalp-damar hastalıklarına bağlı yansıyan ağrılar) olabilmektedir. Yaşlılığa bağlı fonksiyonel kayıplar, daha önceki mesleki durum, sedanter yaşam, yaş, kilo, eşlik eden diğer sistemik hastalıklar, metabolik bozukluklar ve kronik hastalıklar bel ağruları için risk faktörü oluşturmaktadır.

Bel ağrısı ve/veya bacak ağrısı, hareket kısıtlılığı, bacaklarda uyuşma, karıncalanma, kas kuvvetsizliği, idrar ya da gaita kaçırma, ateş, halsizlik, kilo kaybı gibi genel yakınmalar olabilir.

Yaşlı hastanın bel ağrısının değerlendirilmesinde ağırlıklı olarak öykü ve fizik muayeneye dayanmalıdır. Öyküde öncelikle risk faktörleri saptanmalıdır. Kanser, enfeksiyon, kırık gibi acil tedavi gerektiren durumlar ayırıcı tanıda düşünülmeli onlara yönelik sorgulamalar yapılmalıdır. Ayrıntılı ağrı sorgulaması (süresi,

sıklığı, zamanı, yayılımı, artıran- azaltan faktörler, ağrının niteliği, daha önce aldığı tedaviler, eşlik eden sistemik semptomlar) tanı koymada önemli ipuçları vermektedir. Fizik muayene (kas, iskelet, sinir sistemi ve yansıyan bel ağrılarına yönelik sistemik ayrıntılı fizik muayene yapılmalıdır). Laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri (ESH, CRP, tam kan sayımı, bazı biyokimyasal parametreler), direkt grafiler istenmelidir. Direk grafi ve laboratuvar tetkikleriyle tanı doğrulanmalı, sadece bazı seçilmiş olgularda ileri tetkikler istenmelidir. Seçilmiş olgularda tomografi ve MR tanıya yardımcıdır. Her bel ağrılı olguda gerekli değildir.

Bel ağrıları tedavisinde temel prensip ağrıya neden olan patolojiyi saptayarak ayırıcı tanıyı iyi yapmaktır. Mekanik bel ağrılarının tedavisinde amaç ağrıyı azaltmak, bele normal hareket açıklığı kazandırmak ve kişiyi sosyal yaşamına döndürmektir. Bu amaçla; ilaç tedavisi (basit analjezikler, parasetamol, NSAİ ilaçlar, kas spazmı mevcutsa kas gevşeticiler 7-10 gün süreyle verilebilir) 2-3 gün kısa süreli istirahat verilir. Hasta eğitimi önemlidir.

Tedaviye rağmen yedi-on günden uzun süren bel ağrısı, düşme ve düşük enerjili travmalar, bel ağrısına eşlik eden ateş, kilo kaybı, genel durum bozukluğu, idrar kaçırma ve büyük abdest tutamama, güç ve his kaybı gibi nörolojik kayıplar, sürekli artan ağrılar, göğüs ağrısı, ailede kanser öyküsü olanlar mutlaka uzman doktora başvurulmalıdır.

## **BOYUN AĞRILARI**

Boyun ağrısı yaşlılarda sık görülen yakınmalardandır. Yaşlılarda travma, mekanik, dejeneratif, inflamatuvar, metabolik ve eklem dışı yumuşak dokuları ilgilendiren romatizmal hastalıklar, nöromusküler problemler, neoplazik nedenler, vasküler problemler ve yansıyan nedenlere bağlı olabilir. Ağrılar genelde omuz ve sırtta doğru yayılabilir, sefalo-servikobrakial dağılımlı olabilir. Servikal omurganın dejeneratif hastalığı da hem klinik hem de radyolojik olarak hemen tüm yaşlılarda mevcuttur. Yine, sıklıkla eşlik eden hastalıkların da varlığı göz önüne alınınca tanıda sorunlar yaşanması çok olasıdır. En güvenilir yöntem yine detaylı bir öyküyü takiben yapılan iyi bir fizik muayenedir. Boyun ağrısı, boyundan yayılan baş, omuz ve kol ağrıları, üst ekstremitede görülen motor ve duyu bozuklukları, nörolojik defisitler, boyun hareketleri ile ortaya çıkan baş dönmesi, kulak çınlaması, senkop, çığneme güçlüğü olabilir. Lokal boyun muayenesi (tiroid, lenfadenopati, cilt gibi), baş, boyun bölgesinin eklem, kas ve sinir sistemi muayeneleri, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri (ESH, CRP, rutin biyokimyasal analiz, tam kan sayımı, direkt grafiler) yapılmalıdır.



## **OSTEOPOROZ**

Osteoporoz; düşük kemik kütlesi, kemik dokusunun mikroyapısının bozulması sonucu kemik kırılabilirliği ve kırık riskinin artması ile karakterize metabolik kemik hastalığıdır. Primer ve sekonder osteoporoz olarak iki gruba ayrılır. Osteoporozla ilgili kemik kırıkları giderek artan oranlarda morbidite ve mortaliteye dolayısıyla sağlık harcamalarına neden olmaktadır.

Risk faktörleri; genetik faktörler, yaş, kadın cinsiyet, diyetle yetersiz kalsiyum alımı, güneş ışığından yetersiz faydalanma, vitamin D eksikliği, erken ve cerrahi menopoz, düşük vücut kitle indeksi, osteoporozla yol açan ilaçların kullanımı (kortikosteroidler, tiroid ilaçları, antikonvülzan, antikoagülan, kanser ilaçları, organ nakli vs), osteoporozla neden olan hastalıklar, immobilizasyon ve sedanter yaşam, aşırı alkol, sigara, kafein olarak sıralanabilir.

Yaşla birlikte osteoporoz ve buna bağlı kırık gelişimi özellikle de kalça kırıkları artmaktadır, morbidite, mortalite ve yaşam kalitesinde bozulmada artışlar olmaktadır. Osteoporoz sinsi bir hastalıktır. Kırık oluşuncaya dek belirti vermeyebilir. Hastalık ilerledikçe; sırt ağrısı, boya kısalma, torasik kifoz, periodontal hastalıkların varlığı, travma olmaksızın veya düşük enerjili travmalara bağlı osteoporotik kırıklar (vertebra, önkol distali, femur proksimali, pubis ve kosta kırıkları) görülür. Tanısı fizik muayene, radyolojik değerlendirme, biyokimyasal testler ve DEXA kemik mineral yoğunluk ölçümleri ile konulur. Bu cümleyi ekledim, diğerleri çıkartılabilir.

Tedaviden çok osteoporozdan korunma önemlidir. Maksimum kemik kütlesi genç yaşlarda olduğundan çocukluk ve gençlik döneminde yeterli kalsiyum ve D vitamini alımı önemlidir. Korunmada hasta eğitimi, yeterli kalsiyum, D vitamini alımı (özellikle güneş ışınlarından yeterli yararlanma), düzenli fiziksel aktivite, sigaranın bırakılması, aşırı alkol, kafein ve tuzun tüketilmemesi, düşmelerin engellenmesi önemlidir. Düşme riskini arttıran çevresel ve kişisel faktörlerin düzenlenmesi gereklidir. Özellikle genç yaşlardan itibaren düzenli fiziksel aktivite önemlidir.

Tedavide farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımlar yer almaktadır. Nonfarmakolojik yaklaşımlar olarak hasta eğitimi, diyet ve yeterli güneş alımı yanında düzenli egzersizler, postür egzersizleri ve yürüme gibi yük bindirici egzersizler önerilebilir. Medikal tedavi olarak bifosfonatlar, kalsiyum D vitamin takviyeleri, kalsitonin ve stronsiyum gibi ilaçlar kullanılabilir.

## **POLİMİYALJİA ROMATİKA (PMR)**

Boyun, omuz ve kalça çevresinde ağrı, gerginlik, hassasiyet ve belirgin sabah tutukluğu ile karakterize genellikle yaşlılarda görülen romatizmal bir hastalıktır. Yaygın ağrısı olan yaşlılarda daima akılda tutulmalı gereken bir hastalıktır. Omuz-kalça kuşağı ve ekstremitte proksimallerinde ağrı ve yorgunluk/güçsüzlükle karakterizedir. Sabahları hastalar kendilerini daha kötü hissederler. Sıklıkla sistemik yakınmalar (halsizlik, iştahsızlık, hafif ateş, kilo kaybı, vb.) eşlik eder.

Risk faktörleri; yaş (elli yaş üzeri), genetik faktörler, çevresel faktörler (coğrafya, sigara, güneş ışınları, infeksiyonlar) olarak sayılabilir. PMR’da karakteristik semptomlar boyun, omuz, sırt, kalça ve uyluk bölgelerindeki ağrılardır. Sabah ve istirahat sonrası tutukluk belirgindir. Günlük aktivite belirgin olarak kısıtlıdır. Temporal arteritle birlikte görülme sıklığı fazladır. Temporal arteritli hastaların %40-60’ında PMR semptomları eşlik edebilir. Bu nedenle temporal arteritle ilgili semptom ve bulgular (baş ağrısı, çenede yorgunluk, kafa derisi hassasiyeti, ani görme kayıpları gibi) mutlaka dikkate alınmalıdır. PMR’ya özgü bir laboratuvar bulgusu ya da görüntüleme yöntemi yoktur. Sedimentasyon hızı ve CRP de artış önemlidir. Ancak hastaların bir bölümünde sedimentasyon hızı normal bulunabilir.

Ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken PMR tanısının bir dışlama tanısı olduğu ve ayırıcı tanının iyi yapılması gerektiğidir. Yaşlı hastalardaki romatoid artrit, fibromiyalji, inflamatuvar kas hastalıkları, maligniteler, infeksiyöz hastalıkları, primer amiloidoz, osteoartrit, vaskülitler düşünülmelidir. Hastada sıklıkla birden fazla patolojinin mevcut olabildiği akıldan çıkarılmamalıdır. Tedavide kortikosteroid, immunsupresif ilaçlar kullanılır, tedavi mutlaka konunun uzmanı hekimler tarafından yapılmalıdır.

## **TEMPORAL ARTERİT**

Şiddetli baş ağrısı, çenede yorgunluk, saçlı deri hassasiyeti ve görme kaybıyla karakterize bir tablodur. Hastaların %40-60’ında PMR mevcuttur. Akut faz reaktanları kural olarak belirgin yüksektir, ESR sıklıkla 100mm/s üzerindedir. Sistemik bulgular hemen daima vardır. Otoantikörler ise sıklıkla negatiftir. Aorta ve büyük arter tutulumu %10-15 görülür. Vasküler tip baş ağrıları ve TME sorunlarıyla karışsa da laboratuvar ve klinik bulgularla ayırt etmek kolaydır.

Akut şiddetli baş ağrısında zona, menenjit, metaztatik tümör ve glokom akla getirilmelidir. En korkulan komplikasyon kalıcı görme kaybıdır ve önlenebilir. Retinal muayene iskemiye gösterebilir. Amorozis fugaks önemli bir semptomdur ve körlük riski olduğuna işaret eder. Temporal arter biyopsisi tanı koydurucudur. Tedavisi konu ile ilgili uzmanlar tarafından düzenlenmelidir.

## ÖZET

*Eğitimci, aktarılan bilgilerin katılımcılar tarafından kısaca tekrarlanmasını sağlar. Bu amaçla her bir katılımcıya anlatılmış olan derse ilişkin romatizmal hastalıklardan korunma konusunda ileride yapacakları, yapmayı planladıkları bir cümleyi söylemelerini isteyerek konuyu özetler.*

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. Yaşlılık döneminde sık görülen romatizmal hastalıkların isimleri nelerdir?
2. Kireçlenme ne demektir?
3. Kimlerde kireçlenme daha fazla görülür?
4. Kireçlenmeden korunmada ve tedavide nelere dikkat etmek gerekir?
5. Kemik erimesi ne demektir?
6. Kemik erimesinden korunmada nelere dikkat etmek gerekir?
7. Kemik erimesi kimlerde fazla görülebilir?
8. Bel ağrılarının yaşlıdaki önemi nedir, ne zaman doktora başvurulmalıdır?
9. Boyun ağrılarının tanısında ve tedavisinde nelere dikkat etmek gerekir?

## KAYNAKLAR

1. Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda Kas iskelet sistemi sorunları. In: Arasil T, Gökçe-Kutsal Y (eds). Fizisel Tıp ve Rehabilitasyonda yeni ufuklar Yaşlı Sağlığı. Güneş Tıp Kitabevi 2010, Ankara, 243-267.
2. Akman N. Yaşlılarda sık görülen romatizmal hastalıklar. In: Gökçe-Kutsal Y (ed). Geriatrik Rehabilitasyon. Türkiye Fiziksel Tıp ve Reahabilitasyon Derneği Geriatrik Rehabilitasyon Çalışma Grubu, 2010, İstanbul, s: 61-71.
3. Yaşlılık döneminde kas iskelet sistemi hastalıkları. In: Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atli T, Aslan D (eds). TC Sağlık Bakanlığı Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler için Yaşlı Sağlığı Tanı Tedavi Rehberi 2010, Sağlık Bakanlığı yayını, s: 403-412.
4. Beyazova M. Boyun ve Bel Ağrıları In: Gökçe Kutsal Y (Ed), Aslan D (Ed Yard) Temel Geriatri, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara 2007, pp:961-969.
5. Yılmaz L, Bodur H. Osteoartrit. In: Gökçe Kutsal Y (Ed), Aslan D (Ed Yard) Temel Geriatri, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara 2007, pp:883-897



# YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

## KONU

33

# YAŞLILIK DÖNEMİNDE AĞRI

*Asuman DOĞAN  
Pınar BORMAN  
Yeşim GÖKÇE KUTSAL  
Kutay ORDU GÖKKAYA*



## **KONU : YAŞLILIK DÖNEMİNDE AĞRI**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılık döneminde sık karşılaşılan ve yaşam kalitesini etkileyen problemlerden biri olan ağrı hakkında bilgilenmek, nedenleri ve başetme yolları hakkında fikir sahibi olmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Yaşlılık döneminde sık karşılaşılan problemlerden olan ağrının özelliklerini açıklayabilmeli,
- Yaşlılık döneminde sık karşılaşılan ağrılı durumları sayabilmeli,
- Lokalizasyona göre ağrılı durumları sayabilmeli,
- Yaşlılarda ağrı tanı ve tedavisini etkileyen nedenleri sayabilmeli,
- Temel tedavi seçeneklerini sayabilmeli,
- Yaşlılarda ağrı kesici ilaçları kullanırken dikkatli olunması gereken faktörleri sayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Tartışma
- Demonstrasyon
- Beyin fırtınası
- Soru-Cevap

### **ARAÇ- GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası, kalem ve kağıtları (Flip-chart)
- Tepegöz-saydam
- Afiş, broşür

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, gruba kaç kişinin ağrısı olduğunu sorar. Cevap veren kişilerin ağrılarını tanımlamalarını, istedikleri kelimelerle (yoğun, keskin, şimşeksi, elektrik çarpması şeklinde, huzursuzluk hissi yaratan, yanıcı, batıcı gibi) ifade etmelerini ister. Ardından kaçının ağrısının bir gündür, kaçının bir haftadır, kaçının bir aydır bu şikayete sahip olduğunu sorar ve ağrının bölgesel (boyun, sırt, bel, diz, göğüs gibi) tanımlamasını yapmalarını ister. Kişinin hangi tipte, sürede ya da hastalığa ikincil ağrısı olsa da ağrı ile başetme metodlarının olduğunu, tedavi edilebileceğini çeşitli görsellerle ifade eder. Daha sonra, aşağıdaki gibi resimler göstererek katılımcıların duygu ve düşüncelerini paylaşır.*









## **Giriş**

*Eğitimci, katılımcılara konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

## **İşleniş**

*Eğitimci, yaşlılık döneminde sık karşılaşılan problemlerden biri olan ağrının tanımını yapar, nedenlerine ve çeşitlerine göre farklılıklarını vurgular. Sık karşılaşılan nedenlerini açıklar, tedavi seçenekleri, dikkatli olunması gereken durumlar, uygulamalarının farklılıklarını ve dikkatli olunması gereken durumları vurgular.*

## **YAŞLILARDA SIK KARŞILAŞILAN AĞRI ÇEŞİTLERİ VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ**

Yaşlılarda tüm hastalıklara yaklaşımdaki ana hedef, işlevlerin iyileştirilmesi veya aynı düzeyde kalmasının sağlanmasıdır. Tedavinin amaçları arasında yaşam kalitesinin yükseltilmesi önemli bir yer tutmaktadır. Kaynağı ne olursa olsun yaşlılarca en çok dile getirilen sorunlardan biri olan ağrı; duysal bir uyarı veya sinirsel bir hasara bağlı olarak ortaya çıkan ve kişinin hafızasına, beklentilerine ve duygusal yapısına göre değişiklikler arz eden karmaşık bir olgu olarak tanımlanabilir. Ağrının değerlendirilmesinde veya ölçülmesinde kullanılan laboratuvara dayalı belirleyiciler olmadığı için, kişinin tanımlamaları ağrının varlığı ve yoğunluğu konusunda güvenilir kanıt olarak kabul edilmektedir.

Ağrı yaşlıların en yaygın sorunlarından biri olmakla birlikte, ilerleyen yaş ile birlikte eklemlerde lokalize olanlar dışındaki ağrılarda azalma olduğuna dair bilgiler de mevcuttur. Yaşlılardaki pek çok ağrılı durumla, örneğin kanser ağrısı ile ilgili olarak beklenen yaşam süresinin kısıtlı olması gerekçesiyle kontrollü, karşılaştırmalı araştırmalar yapılamamaktadır. Postherpetik nevralji, hemipleji sonrası santral ağrı gibi diğer bazı ağrılı durumlar ise hasta gruplarının yetersizliği sonucunda kapsamlı olarak araştırılamamaktadır. Yine aynı gerekçe ile ağrının lokalizasyonu, süresi, şiddeti, sürekliliği, niteliği, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler konularında detaylı bilgiler derlenememektedir. Yaşlılar için özel olarak kurgulanmış güvenilir ölçüm teknikleri, skalalar, fonksiyon ve davranış değerlendirme yöntemleri de mevcut değildir. Pek çok araştırma toplum içinde yaşayan yaşlılarda %25-50 oranında ciddi ağrı sorunu yaşandığını bildirmektedir.

Huzurevlerinde veya bakımevlerinde kalan yaşlılar açısından da ağrı önemli bir problemdir ve tam olarak tedavi edilemeyen ağrıya rastlanma oranı %45-80 dir. Bu yaş grubunda birkaç hastalığın bir arada olması, ağrının da birkaç nedene bağlı olarak gelişmesine zemin hazırlamakta, ayrıca yaşlılardaki demans, duysal bozukluklar ve yeti kayıpları da ağrının değerlendirilmesini ve tedavisini güçleştirmektedir. Ağrı ve depresif semptomlar yaşlılarda sıklıkla birlikte görülmekte ve zaman içinde belirgin bir özellik kazanmaktadırlar. Depresif semptomlar ağrıya bağlı yeti kaybının gelişmesinde de rol oynamaktadırlar ve minör dahi olsalar bu semptomların ayırt edilmesi ağrıya bağlı yeti kaybının giderilmesinde yararlı olacaktır.

## **YAŞLILARDA SIK RASTLANAN AĞRILI DURUMLAR (Kanser dışındakiler)**

### **1.Damarsal Kökenli Ağrılar**

Otoimmün hastalıklar: Temporal Arterit (Körlük nedeni olabilir)  
İskemik hastalıklar: Anjina Pektoris (Miyokard infarktüsü ile sonlanabilir)  
Periferik vasküler hastalıklar (Gangrene nedeni olabilir)  
Tıkaçıcı hastalıklar: Arteriyel emboli (Gangren ile sonlanabilir)  
Venöz tıkanıklıklar (Pulmoner emboli yapabilir)

### **2.Nörojenik Kökenli Ağrılar**

Sinir kökü irritasyonları  
Periferik nöropatiler  
Postherpetik nevraljiler  
Talamik sendrom

### **3.Kemik Kökenli Ağrılar**

Senil osteoporoz (Kırıklara nedeni olur)  
Paget hastalığı (Deformitelere, immobilizasyona nedeni olabilir ve maligniteye dönüşme riski taşır)

### **4.Eklemler Kökenli Ağrılar**

Osteoartrit (İmmobilitateye nedeni olur)  
Servikal spondiloz (Vertebral arter yetmezliği, spinal stenoz veya kök irritasyonlarına nedeni olur)  
Lumbal spondiloz (Spinal stenoz veya lumbal kök irritasyonlarına nedeni olur)  
Eklemleri tutan diğer hastalıklar

### **5.Adale Kökenli Ağrılar**

Polimiyaljiya romatika  
Hastalıklara veya ilaçlara ikincil miyopatiler  
Fibromiyalji, miyofasiyal ağrılar  
İmmobilizasyona bağlı adale ve tendon kontraktürleri

### **6.Viseral Kökenli Ağrılar**

Peptik ülser veya hiatal herni (Gastrointestinal kanamaya nedeni olabilir)  
Kolelitiazis (Biliyer obstrüksiyona nedeni olabilir)  
Divertiküller  
Spastik kolon  
Konstipasyon  
Hemoroid

## LOKALİZASYONUNA GÖRE AĞRI NEDENLERİ

**1.Temporomandibular Eklem Ağrısı:** Direkt veya indirekt baş, boyun, yüz travması sorgulanmalıdır. Çiğneme adalelerinde ve temporomandibular eklemden mandibula, kulak, boyun ve tonsiller bölgeye yayılan ağrı olabilir. Boyun kökenli ağrılardan, diş apsesinden, otitten, temporal arteritten ayırıcı tanısı önemlidir.

**2.Trapezyus Miyofasial Ağrı Sendromu:** Postür bozukluğu, uzun süre uygun olmayan koşullarda masa başında, bilgisayar başında çalışmak, televizyon izlemek, alışkın olunmayan fiziksel aktivitelerin yapılmasına bağlı olarak gelişir. Ayırıcı tanıda anjina pectoris, servikal spondiloz, servikal radikülopati, oksipital nevrалji ve gerilim baş ağrısı göz önüne alınmalıdır.

**3.Omuz Ağrısı:** Akromioklavikular ağrı, supraspinatus, infraspinatus, subskapularis tendiniti, bisipital tendinit ve rotator manşon yırtıklarına bağlı olabilir. Polimiyaljiya romatika, romatiod artrit, rotator manşon yırtığı, omuz ekleminde osteoartrit ve seyrek olarak Lyme hastalığı ile karışabilir.

**4.Dirsek Ağrısı:** Dirsek ekleminde artrit, tenisci dirseği, golfçü dirseği veya olekranon bursitine bağlı olabilir. Ağrı bir cismin kaldırılması, kapı kulpunun çevrilmesi veya araba kullanımı ile artar. Septik artrit, kollajen doku hastalıkları, gut ve psödogut dışında ayırıcı tanıda ulnar sinir tuzak nöropatisi de göz önüne alınmalıdır.

**5.El Bileği Ağrısı:** Artrit, karpal tunel sendromu, De Quervain tenosinoviti, Dupuytren kontraktürü ve tetik parmak en sık rastlanan ağrı nedenleridir. Romatiod artrit, septik artrit, posttravmatik artrit ve yine seyrek olarak Lyme hastalığından ayırıcı tanı önemlidir.

**6.Göğüs Ağrısı:** Kostokondral sendrom, interkostal nevrалji, diyabetik trunkal nöropati, Tietze sendromu, kırık kostalar, posttorakotomi ağrısı, torasik dermatomları tutan akut herpes zoster, ksifodinya sendromu, kayan kosta sendromu, torasik vertebral kompresyon sendromu en sık rastlanan ağrı nedenleridir. Ayırıcı tanıda bölgedeki eklemlerin osteoartriti, travma, ankilozan spondilit, romatiod artrit, Reiter sendromu, psöriatik artrit, enfeksiyonlar ( herpes zoster, kandida albicans, açık yaralanmalarda bakteriyel enfeksiyonlar), cerrahi travmalar yanında timoma benzeri birincil tümörler ve metastatik lezyonlar mutlaka göz önüne alınmalı ve öncelikle de elektrokardiyografi ve kardiyak enzimler ile miyokardiyal infarkt ekarte edilmelidir.

**7.Abdominal Ağrı:** İliounginal ve genitofemoral nevraljiler en sık gözden kaçan sorunlardır. Karın bölgesindeki ağrıların değerlendirilmesinde kolesistit, barsak tıkanması, renal taş, miyokardiyal infarktüs, diyabetik ketoasidoz, pnömoni, perforo apandisit, iskemik barsak, iritabl barsak hastalığı göz önüne alınmalıdır. Karın bölgesinde deride raş bulguları ortaya çıkmadan önce şiddetli başlayan herpes zostere bağlı ağrı olabileceği akılda bulundurulmalıdır. Travmaya, hematoma, tümörlere, diyabetik nöropatiye veya inflamasyona bağlı lumbal pleksus lezyonları gelişebilir.

**8.Lumbal Omurga ve İlgili Bölgelerdeki Ağrı:** Lumbal radikülopati, spinal stenoz, araknoidit, sakroiliak eklem ağrıları, piriformis sendromu, iskiogluteal bursit, koksidinea, trokanterik bursit sık rastlanan nedenlerdir. Lumbal bölgedeki disk herniasyonlarına bağlı sinir kökü iritasyonlarından, lumbal strain, lumbal bursitler, lumbal bölgeye lokalize fibromiyozitten ayırt edilmelidir.

**9.Diz Ağrısı:** Dizde artrit, medial ve lateral kollateral ligaman sorunları, suprapatellar bursit, prepatellar bursit, Baker kisti sık rastlanan nedenlerdir. Ayırıcı tanıda lumbal sinir kökü iritasyonları önemlidir. Ayrıca femur ve omurganın birincil veya metastatik tümörleri dizde ağrı şeklinde semptom verebilir.

**10.Ayak Bileği ve Ayak Ağrıları:** Ayak bileği eklemünde artrit, midtarsal eklemlerin artrit, tarsal tunel sendromu, aşıl tendiniti, Morton nöroması, plantar fasit yaşlılarda sıktır. Ayırıcı tanı aşamasında göz önüne alınması gereken patolojilerin başında; lumbal radikülopatiler, diyabetik poliradikülopati, ayak bileği veya ayaktaki kemiklerin stres kırıkları, birincil veya ikincil tümörler gelir.

## **SÜREGEN AĞRI**

Yaşlılar süregen ağrı açısından da önemli bir risk grubunu oluşturmakta ve bu yaş grubunda ağrı ciddi sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Bu sorunların başında depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon, uyku bozuklukları, ambulasyon sorunları dikkati çekmekte ve sağlık hizmetlerinin kullanımında ve tedavi maliyetlerinde belirgin artışlar olmaktadır. İnatçı ağrının yaşlılarda yürüme bozukluklarını artırdığını, rehabilitasyon çalışmalarını yavaşlattığını ve ağrıya yönelik olarak kullanılan ilaçların da pek çok yan etkiye neden olduklarını göz önünde bulundurmak gerekmektedir.

Sorunlar ile başa çıkabilme yetisine sahip yaşlılarda ağrı şiddetinin ve psikolojik yeti kayıplarının daha az olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Buna karşın özellikle huzurevlerinde kalan yaşlılarda daha belirgin olmak üzere ağrıya ikincil

depresyon bu yaş grubunda çok sık rastlanan bir sorundur. Kanser ağrısı başta olmak üzere inatçı ve süregelen ağrı sorunu yaşayan yaşlıların bakımını üstlenen kişiler, aileler ve bizzat yaşlı hasta açısından ölüm bir metafor halini almaktadır. Yaşlılarda süregelen ve inatçı ağrıların patofizyolojik açıdan sınıflandırılması prognozun tayini ve tedavi şemasının hazırlanması açısından yararlı olabilir.

## **SÜREGEN AĞRININ PATOFİZYOLOJİK AÇIDAN SINIFLANDIRILMASI**

### **1. Nöroseptif Ağrı**

Viseral veya somatik olabilir ve sıklıkla ağrı reseptörlerinin stimülasyonu ile ortaya çıkar. Nöroseptif ağrı doku inflamasyonu, mekanik deformasyon veya süregelen hasar sonucunda ortaya çıkar. Örneğin, inflamatuvar veya travmatik artrit, miyofasiyal ağrı sendromları ve iskemik bozukluklar. Nöroseptif ağrılar genellikle analjezik ilaçlar veya farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları gibi geleneksel tedavilere yanıt verirler.

### **2. Nöropatik Ağrı**

Periferik veya santral sinir sistemini içine alan patofizyolojik olaylar sonucunda ortaya çıkar. Örneğin, diyabetik nöropati, trigeminal nevralji, post herpetik nevralji, inme sonrası santral veya talamik ağrı ve amputasyon sonrasındaki fantom ağrısı. Nöropatik ağrılar geleneksel tedavilere yanıt vermeyen, buna karşın trisiklik antidepressanlar, antikonvülzanlar veya antiaritmikler gibi geleneksel olmayan analjeziklere yanıt verebilen ağrı türleridir.

### **3. Karmaşık ve Tanımlanamayan Ağrı**

Mekanizmaları tam olarak açıklanamayan ağrılar bu grupta yer almaktadırlar. Örneğin, tekrarlayan baş ağrıları ve bazı vaskülitik ağrı sendromları. Bu durumların tedavisi kesin olarak tanımlanamamaktadır. Değişik tedavi kombinasyonlarından yararlanabilirler.

### **4. Seyrek Görülen Durumlara Bağlı Ağrı**

Bu grupta ağrının ciddiyeti, nöksleri ve süregelenliği ile tedaviye dirençliliği psikolojik nedenlerden kaynaklanabilir. Örneğin, konversiyon reaksiyonu. Tedavi yaklaşımlarının başında psikiyatrik tedavi gelmektedir ve geleneksel ağrı tedavilerinin bu durumlarda yeri yoktur.

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak yaşlanmanın ağrıya etkisini anlatır.*

## **YAŞLANMANIN AĞRIYA ETKİSİ**

Yaşlanmaya bağlı değişikliklerin ağrının algılanmasına etkileri pek çok araştırmacının ilgisini çekmiş bir konudur. Nöroanatomik ve nörokimyasal bulgular merkezi sinir sisteminde ağrı algısının ve modülasyonunun son derece karmaşık bir mekanizma ile gerçekleştiğini göstermektedir. Her ne kadar A delta ve C sinir liflerindeki iletim yaşlanma ile değişiklikler gösterebilirse de tek başına yaşlanmanın bu sürece etkisi ile ilgili bilgiler yeterli değildir.

İleri yaşlardaki kişilerde eklemlerden kaynaklananlar dışındaki ağrılarda azalma olduğu, yaşlıların sadece ağrı nedeniyle sağlık kuruluşlarına olan başvuru oranlarında azalmanın da dikkati çektiği bildirilmektedir. Bu konudaki mekanizma tam olarak açıklanamamakla birlikte nedenin sensörial diskriminatif yollar olabileceği ifade edilmiştir. Yaşlılarda miyelinli ve miyelinsiz sinir yoğunluğunda azalmayı, sağlıklı yaşlılarda periferik duysal iletimde latensi süresinin uzamasını, yaşlı hastalarda primer afferent nöroseptif fonksiyonda azalmayı gösteren araştırmalar mevcuttur. Elektroensefalografi ile yapılan bazı araştırmalarda yaşlanmaya bağlı olarak ağrılı uyarana yanıtta kortikal aktivasyonun azaldığı ve noksiyus bilginin bilişsel oluşumunun yavaşladığı öne sürülmüştür. Pek çok klinisyen yaşlanma ile ağrıyı algılama yanında tanımlama yeteneğinde de azalma olduğunu gözlemlemekte ve spesifik olmayan ağrı yakınmalarının yaşlanma ile arttığını ifade etmektedir. Yaşlı gönüllüler üzerinde ağrı eşiği ile ilgili olarak yapılan araştırmaların bazıları algının değişmediğini, bazıları ise azaldığını veya arttığını göstermektedir ki bu durumun yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fiziksel ve psikiyatrik değişiklikler ile ilintili olabileceği düşünülmektedir. Yaşlılar ve gençler üzerinde ağrı duyarlılığı ve ağrıya tolerans ile ilgili olarak gerçekleştirilen deneysel çalışmaların sonuçları karışıktır, çünkü hasta seçim kriterleri arasında farklı yaş grupları mevcuttur ve hastaların kültürel birikimleri ve yaşam deneyimleri çeşitlilikler arz etmektedir. Ayrıca uygulanan yöntemlerde standartların oluşturulması da zordur. Deneyler yaşlılarda kutanöz ağrı duyarlılığının azaldığını göstermişse de bu bulgunun nöronal ileti değişikliklerinden ziyade cilt kalınlık değişimlerinden kaynaklanabileceği ifade edilmiştir. Yapılan analizler ağrının algılanmasındaki yaşa bağlı değişikliklerin klinik açıdan önemli olmadığını göstermiştir.



## **YAŞLILARDA AĞRI TANI VE TEDAVİSİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

İleri yaş grubunda ağrı tanı ve tedavisini etkileyen faktörler temel olarak üç ana grupta toplanabilir:

### **1. Yaşlanmayla Birlikte Ortaya Çıkan Fizyolojik Değişikliklere Bağlı Faktörler:**

- Birçok sağlık sorununun bir arada olması
- Görme yetisinde maküla dejenerasyonu, katarakt, glokom vb. sorunlar nedeniyle azalma ve görsel algıya yönelik olarak hazırlanan ağrı skalalarının kullanılmaması,
- Bellek bozukluğu
- İşitme sorunları
- Soyutlama sorunları
- Yazılı verileri tanımlama yetisinde azalma ve kısıtlanma
- Yan etkilere karşı duyarlılığın artması
- Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler
- Nöropatiler

### **2. Eğitim Ve Davranışsal Değişikliklere Bağlı Engellerden Kaynaklanan Faktörler**

- Sağlık ve bakım personelinin ağrının değerlendirilmesi ve yönetimine ilişkin bilgi donanımlarının ve becerilerinin yetersizliği
- Yaşlı bireyin ağrının gözlenebilir semptomlarını göstermemesi
- Ağrıya katlanma olgusunun bireyden bireye değişiklik göstermesi
- Yaşlı bireyin ağrı sözcüğünü kullanmaması, ağrıyı bildirmemesi
- Tedavide bağımlılık ve tolerans korkusu
- Din etkisi

### **3. Yasal Düzenlemeler ve Sağlık Politikalarının Etkilediği Faktörler**

- İlaç dışı yöntemlerin sağlık personellerince kullanılmasına yönelik farklı düzenlemeler
- Yaşlı bireyin veya yakınlarının ağrı kontrolünde kullanılan yöntemlere karşı hissettikleri korku ve çekingenlik
- Opioid kullanımını kısıtlayan yasal süreçler
- Mali destek ve geri ödeme ile ilgili sorunlar
- Sağlık ve bakım personelinin ağrı tedavisine ilişkin eğitimlerinin yetersizliği

## **YAŞLIDA AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİNE ÖZGÜN ÖNERİLER**

**I-Sağlık kuruluşuna ilk başvuru aşamasında yaşlı kişi hekim tarafından inatçı ağrının varlığı ile ilgili kanıtlar açısından değerlendirilmelidir.**

**II-Fiziksel veya psikolojik fonksiyon kaybına neden olan veya yaşam kalitesini etkilediği gözlemlenen her inatçı ağrı ciddi bir sorun olarak kabul edilmelidir.**

**III-İnatçı ağrı ile başvuran tüm yaşlılar kapsamlı ve çözüm üretici bir yaklaşım ile ele alınmalıdır.**

Değerlendirme; ağrıya neden olabilecek olaylar dizisinin irdelenmesi, tanı, tedavi-bakım planı ve prognozun öngörüsü temellerine dayandırılmalıdır.

### ***A-Öykü***

1. Ağrının karakteristiği (yoğunluğu, sıklığı, lokalizasyonu, süresi, azaltan veya artıran faktörler)
2. Ağrının tanımı, günlük yaşam aktivitelerine, uykuya, iştaha, enerjiye, egzersize, kognitif fonksiyonlara, sosyal yaşama etkisi
3. Daha önce uygulanan tedavi yaklaşımları
4. Hastanın tutumu, davranışları ve inançları, tedavi ile ilgili bilgi düzeyi
5. Daha önceki tedavilerin etkinlikleri
6. Hastanın tedavi ile ilgili doyum ve tatmini üzerine yoğunlaşılmalıdır.

### ***B-Fizik İnceleme***

1. Ağrının belirtilen yeri, yayılma alanları,
2. Kas iskelet sistemi (miyofasial ağrı, fibromiyalji, inflamasyon, deformite, postür, alt ekstremitte uzunluk farkları vb.)
3. Nörolojik sistem (kuvvet kaybı, hiperaljezi, parestezi ve diğer bulgular)
- 4-Fiziksel fonksiyonların gözlenmesi (Günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi, eklem hareket açıklıklarının ölçülmesi, ayağa kalkıp yürümeyi temel alan testler)

### ***C-Tanısal Testler***

Görüntüleme veya laboratuvara dayalı testler tedaviyi yönlendirecek ise yaptırılmalıdır.

### ***D-Psikolojik Fonksiyonların Değerlendirilmesi***

Depresyon, anksiyete gibi ruhsal değişiklikler, ağrı ile başa çıkabilme yetisi, kendine güven, ağrı ile ilgili korkuların varlığı, çaresizlik gibi durumlar değerlendirilmelidir.

### ***E-Sosyal Destek Sistemlerinin İncelenmesi***

Bakımı yapan kişi, kurum, aile ilişkileri, çalışma öyküsü, kültürel çevre, ruh hali ve bakım durumu değerlendirilmelidir.

### ***F-Kognitif Fonksiyonun Değerlendirilmesi***

Konfüzyon gelişmesi veya kötüleşmesi açısından önemlidir.

### ***G-Hastanın Direkt Olarak Sorgulanması***

Kognitif bozukluğu olmayan, hafif veya orta düzeyde demanslı yaşlılarda hekim ağrı ile ilgili olarak direkt hastadan bilgi alınmalıdır.

1. Hasta sorununu bizzat ifade edebiliyorsa ağrı ölçeklerine gerek kalmayacaktır.
2. Hastanın ağrıyı tanımlamasını kolaylaştıracak terimler (yanma, rahatsızlık, acı, ağırlık hissi vb.) kullanılmalıdır.
3. Ağrının tanımlanmasına yönelik sözel veya rakamsal ölçekler, ağrı termometreleri veya yüz ifadesine dayalı ölçekler kullanılabilir.
4. Çok amaçlı, çok boyutlu ölçekler ile ağrıya bağlı yeti kayıpları değerlendirilebilir.
5. Yaşlılardan sorulara yanıt dikkat, konsantrasyon ve kognitif sorunlar nedeniyle zor alınabilir. Bu nedenle genç erişkin hastalara oranla yaşlılara daha fazla zaman ayrılarak ve tekrarlarla yer vererek incelenmesi uygun olacaktır. Gerekirse birkaç adımda ilerlenmeli ve yaşlının bakımını üstlenen kişilerden de yardım alınmalıdır.
6. Ağrıyı artıran, tetikleyen faktörler araştırılmalıdır. Bu amaçla hastanın sözel beyanı yanında gözlemlenmesi de önem taşır.
7. Yaşlı hastalara son bir hafta içindeki en kötü ağrı deneyimleri sorulmalıdır.
8. Kognitif bozukluğu olan yaşlılarda bellek sorunları nedeniyle yakınmalar ile ilgili sorgulamalar geniş zaman çerçevesi içinde alınmalıdır.

IV-Demanslı yaşlılarda hekim direkt olarak gözlemlerine dayanan değerlendirilmesi sırasında yaşlının bakımını üstlenen kişilerden de bilgi alınmalıdır.

V-Değerlendirme ve tedavinin riskleri hasta ve ailesi ile tartışılmalı ve tercihleri sorulmalıdır.

VI-Ağrılı yaşlı hastalar ağrının ilerlemesi veya komplikasyonların ortaya çıkması açısından dikkatle ve sık aralıklarla takip edilmelidir. Bu amaçla ağrının yoğunluğunun, kullanılan ilaçların, ruhsal değişikliklerin kaydedilmesi, aynı değerlendirme ölçeklerinin kontrollerde de kullanılması, analjeziklerin ve farmakolojik olmayan yöntemlerin etkinliklerinin, yan etkilerinin ve hasta uyumunun ele alınması ve bu süreçte hastanın tercihlerinin de göz önüne alınması uygun olacaktır.

## **TEMEL TEDAVİ İLKELERİ**

Genel ilkeler:

1. Mümkün ise altta yatan sorunun çözümlenmesi, Özellikle kanser ağrısında önemlidir. Ayrıca konservatif tedaviye yanıt vermeyen eklem osteoartritinde eklem replasmanı da bir başka örnektir.
2. Fonksiyonel yetersizliklerin ve psikolojik faktörlerin belirlenmesi,
3. Birkaç tedavi seçeneğinin gözden geçirilmesi ve hastaya hangisinin uygun olduğuna karar verilmesi gerekir.

Tedavi seçenekleri farmakolojik, fiziksel tıp yaklaşımları, minimal invaziv girişimler, cerrahi yaklaşımlar ve psikiyatrik tedavi olabilir.

### **Farmakolojik Tedavi (İlaç tedavisi)**

İlaç tedavisinde uygun ilacın seçilmesi, kısa etkili ilacın tercih edilmesi, bir defada bir tek ilacın reçete edilmesi, tedaviye düşük dozlarda başlanması, dozun gerekiyor ise kontrollü olarak ve yavaş artırılması, ilaç yan etkilerinin bilinmesi, ilaç kombinasyonlarının yan etkilerinin bilinmesi, ilaca gerektiği süre kadar devam edilmesi önemlidir.

Ağrı kesiciler özellikle üç gruptur.

#### **A- Non opioid analjezikler**

#### **B- Opioid analjezikler**

#### **C- Adjuvan analjezikler**

Bazı ilaçların ise özellikle yaşlı hastalarda kullanımında dikkatli, olunması özellikle önemlidir;

1. Propoksifen
2. Metadon,
3. Meperidin'in aktif metaboliti olan normeperidin
4. Gabapentin
5. Tramadol

### **Fiziksel Tıp Yaklaşımları**

Fiziksel Tıp yaklaşımları açısından hastanın ağrısının azaltılması ve kontrol altına alınması yanında, aktivitesinin artması ve kronik ağrıya ikincil olarak ortaya çıkan miyofasial komponentli ağrıların giderilmesinde de etkili pek çok yöntem vardır. Analjezik modalitelerin kullanılması, yüzeysel sıcak-soğuk uygulamaları, masaj, traksiyon, akupunktur/akupressur, ağırlı eklemlerin splintlenmesi, gevşeme teknikleri, ağırlı adalelere yönelik germe ve spreyleme teknikleri, TENS uygulamaları, mobilizasyon teknikleri, manüplasyon teknikleri, tetik nokta enjeksiyonları, sinir blokları, eklem içi enjeksiyonlar ve hasta için düzenlenen egzersiz programları bazı örneklerdir.

Yaşlı hastalar fiziksel tedavi uygulamaları açısından özel bir risk grubunu oluşturmaktadırlar. Yaşlanma sürecinde ortaya çıkan periferik vasküler hastalıklar, termal duyarlılıktaki değişiklikler, başta kardiyak patolojiler olmak üzere bazı organ sistemlerinde ortaya çıkan fonksiyonel yetersizlikler, iletişim bozuklukları, cilt ve cilt altı dokulardaki incelme ve benzeri sorunlar fiziksel tedavi uygulamaları açısından daha özenli ve bilinçli bir yaklaşımı gerektirmektedir. Yaşlılarda daha fazla olan kalp pilleri, başta kalça olmak üzere protezler veya diğer implantlar başta elektrostimülasyon olmak üzere bazı fizik tedavi ajanlarının kullanımını sınırlamaktadır. Yaşlanma ile incelen ve kuruyan cilt yapısı nedeniyle sıcak ve soğuk uygulamaları da dikkatle yapılmalı ve uygulama süresi genç erişkin hastalardan daha kısa tutulmalıdır.

## **Psikiyatrik Yaklaşımlar**

Yaşlılarda algılama ve ayırt etme yetisindeki azalmaya karşın kazanılmış alışkanlıklar ve edinilmiş bilgi daha stabil kalmaktadır. En önemli sorunların başında gelen deliryum genellikle ilaç yan etkisine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bir diğer önemli sorun olan demans ise çoğul bilişsel kayıplarla, özellikle de bellek sorunları ile karakterize olan bir durumdur. Yaşlanma ile ortaya çıkan bellek kayıplarından farklı olarak bu hastalar kendi başlarına kliniklere başvuramaz, yaşamları ile ilgili plan yapamazlar. Demanslar arasında; Alzheimer, vasküler demans, Pick hastalığı, Parkinson hastalığı, Huntington koresi ve Jakob-Creutzfeld hastalığı önemli yer tutar.

Psikiyatrik yaklaşımlar;

1. Psikofarmakolojik tedaviler (anksiyolitikler, trisiklik antidepresanlar, serotonin geri alım inhibitörleri),
2. Psikolojik tedaviler (Bilişsel davranışçı modeller: Gevşeme eğitimi, faaliyet ve dinlenme şemalarının düzenlenmesi, bilişsel yeniden yapılandırma, stresle başa çıkma eğitimi, başa çıkma yetilerine yönelik eğitim, biofeedback, egzersiz, dikkat verme ve uzaklaştırma stratejileri, imgelem ve kendini idare etme- güçlendirme teknikleri) dir.

## **Minimal İnvaziv Girişimler**

- Tanısal sinir blokları-Konservatif tedaviye yanıt vermeyen ağrıda tanı ve prognozun belirlenmesi için radyoopak madde kullanılarak skopi altında yapılır.
- Tetik nokta enjeksiyonları-Kuru iğne veya serum fizyolojik, steroid, lokal anestezipler kullanılmakta, son yıllarda botulinum toksin enjeksiyonundan da bahsedilmektedir
- Epidural steroid enjeksiyonları-Radiküler ağrılarda uygulanan bir yöntemdir. Ağrılı dermatoma en yakın kökün bulunduğu seviyeden; kaudal, interlaminar aralıktan ve transforaminal yoldan yapılmalıdır
- Epidural nöroplasti uygulamaları-Kateterle tercihen triamsinolon verilir.
- Eklem içi enjeksiyonlar-Steroid ve lokal anestezi kombinasyonları veya hialüronik asit kullanılmaktadır.
- Disk içi enjeksiyonlar-Amaç ağrı oluşturan diskin stabilize edilmesi ve güçlendirilmesidir. Son yıllarda intradiskal elektrotermal annuloplasti uygulanmaktadır.
- Proleterapi-Tendon ve ligamanlara lokal anestezi ve proliferant madde enjekte edilir.

- Nörolitik sinir blokları-Sinir iletisinde uzun süreli veya kalıcı kesinti oluşturmak amacı ile kimyasal ajanlar kullanılmaktadır.
- Kemonükleozis-Konservatif tedaviye yanıt vermeyen, cerrahiye aday olan hastalarda uygulanabilmekle birlikte ciddi komplikasyonları nedeniyle tercih edilmemektedir.
- Radyofrekans termokoagülasyon RF uygulamaları- Uygulamanın temeli elektrot ucundaki ısı ile hasar oluşturmaktır. Spinal kaynaklı kronik ağrıda kullanılır.
- Kriyolezyon uygulamaları-Skopi altında hedef dokuda hızlı soğuma sağlanarak lezyon oluşturulması esasına dayanır. Ağrılı nöromalarda, interkostal nevraljide, faset artropatilerde uygulanabilir.
- Spinal kord stimülasyonu-TENS uygulamasından yararlanan hastalarda iyi sonuç alınabilir. Perkütan elektrotlar yerleştirilerek yapılır.
- Spinal opioid tedavisi-Epidural veya intratekal kalıcı sistemler vardır. Rezervuarlı port sistemli cihazla genellikle epidural yerleştirilirler.

### **Cerrahi Yaklaşımlar**

Medikal tedavi başta olmak üzere, tüm invaziv olmayan tedavilere yanıt vermeyen ağrılı durumlara yönelik olarak uygulanabilecek cerrahi tedavi yaklaşım, hasta ve yakınları uygulanacak olan cerrahi yöntem ve olası komplikasyonları ile ilgili olarak bilgilendirildikten sonra belirlenmeli ve yaşlı hastanın tolere edebileceği en uygun teknik seçilmelidir.

Ağrıya yönelik olarak uygulanan cerrahi tedavi seçeneklerinin başlıcaları şunlardır:

- Spinal, epidural, intratekal veya intraventriküler infüzyonlar,
- Spinal kord stimülasyonu,
- Derin beyin stimülasyonu,
- Araştırılma ve geliştirilme aşamasındaki transgenetik hücre transplantasyonu,
- Periferik sinirlere yönelik olarak; nörektomi, dorsal rizotomi, ganglionektomi,
- Spinal kord düzeyinde DREZ (Dorsal Root Entry Zone) ameliyatı, kordotomi, komissural myelotomi,
- Malignitelerde öncelikli olarak nedenin ortadan kaldırılması ve cerrahi+radyoterapi+kemoterapi ile ağrının kontrolü,

- Tuzak nöropatilerinde dekompresyon,
- Santral cerrahi yöntemler olarak; stereotaksik mezensefalik traktotomi, periakuaduktal veya periventriküler gri madde stimülasyonu, ventral veya medial talamotomi veya stimülatör yerleştirilmesi, singulotomi, anterior kapsülotomi, hipofizektomi, kronik motor korteks stimülasyonu.

## YAŞLILARDA ANALJEZİK KULLANIMI

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlılardaki analjezik tüketimi azımsanmayacak boyutlardadır. Oysa uygulanacak olan ilaç tedavisini titizlikle planlamak ve hastayı izlemek gerekmektedir. Çünkü ilaçların vücuttaki etkisini belirleyen farmakokinetik ve farmakodinamik olaylarda yaşlanmaya bağlı olarak bazı değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlanma ile doku cevabı değişmekte, tedaviye uyunc azalmakta, birçok hastalık birarada bulunabilmektedir.

Yaşlılarda İlaç Farmakolojisini Etkileyebilecek Fizyolojik Değişiklikler

- 1.Emilim:** Emilim yüzeyine azalma, splanknik kan akımında azalma, gastrointestinal motilitede azalma, gastrik PH da artış.
- 2.Dağılım:** Yağsız vücut kitlesinde azalma, total vücut suyunda azalma, serum albümininde azalma, proteine bağlanmada değişiklik.
- 3.Metabolizma:** Karaciğer kitlesinde azalma, karaciğer kan akımında azalma, enzim aktivitesine azalma.
- 4.Atılım:** Renal kan akımında azalma, glomerüler filtrasyon hızında azalma, tübüler sekretuar fonksiyonlarda azalma.
- 5.Reseptör duyarlılığı:** Reseptör sayısında değişme, reseptör afinitesinde değişme, ikincil ulak fonksiyonunda değişme, hücresel yanıtta değişme.

Bilindiği gibi yaşlılığın derecesi kronolojik yaştan bağımsız olabilmekte, genetik varyasyonlara rastlanabilmekte ve çevresel etkenlere de değişik oranlarda maruz kalınabilmektedir. Yaşlılarda en sık yan etki oluşturan ilaç grubu santral sinir sistemi depresyonu yapan ilaçlardır, bunları antibiyotikler, analjezikler, antikoagülanlar, antihipertansifler, bronkodilatatörler, diüretikler ve oral



hipoglisemik ajanlar izlemektedir. İlaç yan etkisi olabileceğini düşündürmesi gereken bulguları ise yaşlılar göz önüne alındığında şöyle sıralayabiliriz; 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. Ülkemizde huzurevlerinde yapılan araştırmalarda; en sık kullanılan ilaçların kardiyovasküler sistem ilaçları ve analjezikler olduğu saptanmış, polifarmasi ile ilaç yan etkileri arasında da pozitif korelasyonlar saptanmıştır (19,20). Özellikle kanser hastalarında çoklu ilaç kullanımına bağlı psikolojik ve fiziksel yan etkilerin ortaya çıkması, kontrol altına alınamayan ağrıya yönelik olarak ilaç dozunun artırılması hastanın var olan yakınmalarına yenilerini eklemekte ve sorunu çözememektedir. Böyle olgularda da interdisipliner yapılanmanın yararı görülmektedir.

### **Yaşlılarda Polifarmasiye Predispozisyon Yaratan Faktörler**

Hastanın farklı doktorlara giderek çok sayıda reçete alması, Reçetelere çok kalem ilaç yazılması, doktorların fazla sayıda ilaç yazmaya eğilimli olmaları, hastaların fazla ilaç beklentileri, yaşlılarda tanıdan ziyade semptomaya yönelik olarak ilaç kullanılması, doktorların eski ilacı kesip yeni ilaca başlama eğilimi, hastanın veya doktorun tercihi olarak kullanılan ilaçların otomatik olarak tekrar yazılması, çok sayıda reçetesiz ilaç satılması, yaşlı hastaların aile bireylerinden veya çevreden ilaç alarak kullanma eğilimi olarak sıralanabilir.

### **Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımının Temel İlkeleri**

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 uyuncu artacaktır.
7. Tedavi düzenli olarak gözden geçirilmelidir.
8. Hastanın gereksinimi olmayan ilaçlar tedaviden çıkarılmalıdır.
9. Her ilacın yeni sorunlar yaratabileceği akılda tutulmalıdır.

## AĞRILI YAŞLI HASTAYA YAKLAŞIMIN ETİK BOYUTU

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

Etik açıdan Hipokratik bir gelenek olan; Yararlılık ve Zarar vermeme ilkeleri yanında çağdaş dünyanın getirisi olan; Hasta özerkliğine saygı ve Adalet ilkelerini göz önünde bulundurmak gerekir. Özerklik; bireyin özgür ve herhangi bir dış baskı altında kalmadan, bağımsız olarak kendi başına düşünebilme, kendi hakkında karar verebilme ve bu karara dayanan bir eylemde bulunabilme akli yeterliliği içerisinde yer almaktadır. Yaşlılık döneminde Alzheimer, Demans gibi, akli yeterliliği gösterir yetilerin sağlam olmaması halinde yaşlıyı temsil eden kişinin (vekil) tayini gerekir. Potansiyel vekiller; eş, çocukları veya hekimdir. Klinisyenlerin göz önünde bulundurması gereken önemli bir nokta şudur: Hasta tercihi ile vekil tercihleri arasında ciddi farklılıklar olabilir! Tıbbi vasiyetin büyük önemi vardır. Yeterlilik kaybı önceden görülebilmeli, vekil tayini ihmal edilmemelidir. Yaşam destek sistemleri ile ilgili olarak; DNR- Do Not Resuscitate, diyalizin kesilmesi veya suni beslenmenin-sıvı desteğinin sonlandırılması aşamalarındaki kararlar son derece kritik kararlardır.

Hasta ile yakınları arasındaki çıkar çatışmasında; hekim hastadan yana tavır almalıdır. Bütün bu koruyucu yaklaşımlar veya aşırı koruyucu önlemler nedeniyle demans benzeri sorunları olan yaşlıların yaşamlarını tehdit eden ve ağrı nedeniyle çekilmez hale getiren diğer hastalıklarının tedavisi ile ilgili araştırmalar engellenmekte midir? Genç hastalar bu anlamda araştırma kapsamına kolayca alındıkları için yaşlılardan daha mı şanslı durumdadırlar? Yaşlanan popülasyon bu sorunları giderek artan bir ivme ile gündemde tutacaktır.

Ağrıyla multidisipliner yaklaşımın odak noktasındaki yaşlı hasta, eğer tedavinin başarılı olduğunu ifade ediyorsa, bu sonuç objektif değerlendirmelerden daha önemlidir. Tanı ve tedavinin etkinliğinde kullanılan fiziksel ve organik ölçütleri etkileyen kişisel faktörler yanında, psikolojik ve çevresel faktörler de standart testlerin öngörülen veya beklenen sonuçları vermesini engellemektedir. Uluslar arası ağrı çalışma birliği ağrıyı biyopsikososyal bir olgu olarak ele almakta; gerek tanı ve gerekse tedavi yaklaşımlarının multidisipliner bir anlayış ile gerçekleştirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

## ÖZET VE DEĞERLENDİRME

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun özet ve değerlendirmesini yapar.*

1. Ağrı nedir?
2. Ağrının bölgelere göre hangi çeşitleri olabilir?
3. Ağrının tedavi yaklaşımları nelerdir?
4. İlaç tedavisi dışında hangi tedaviler olabilir?
5. Ağrı kesici ilaç tedavisi sırasında nelere dikkat etmeliyiz?

## KAYNAKLAR

1. AGS Panel on persistent pain in older persons. The management of persistent pain in older persons. JAGS, 2002; 50 (6): S205-S224.
2. Diocon JO, Galindo DJ, Ciocon DG: Common Pain Syndromes and management of Pain: In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL (Eds): Current Geriatric Diagnosis and Treatment, Lange Medical Books/ Mc Graw Hill, USA, 2004, s: 447-459.
3. Gökçe Kutsal Y: Ağrı. In: Gökçe Kutsal Y (Ed), Aslan D (Ed Yard) Temel Geriatri, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara 2007, pp: 279-289.
4. Gökçe Kutsal Y. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonda Ağrı. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2005; 1 (10)
5. Gökçe Kutsal Y, Varlı K, Çeliker R, Kara Özer S, Orer H, Aypar Ü, Şahin A, Oruçkaptan H: Ağrıya multidisipliner yaklaşım. Hacettepe Tıp Dergisi, 2005; 36 (2): 111-128.
6. Gökçe Kutsal Y: Yaşlı hastalarda ağrı kesici ilaç kullanımı. 8. Ulusal Ağrı kongresi kitabı, 18-21 Mayıs, İstanbul, 2005, s: 72-76.
7. Gokkaya, NK, Aras M, Yesiltepe E, Keseoglu F. Reflex sympathetic dystrophy Int J Rehabil Res. 2006 Dec; 29(4): 275-9.
8. Hanlon JT, Schmader KE: Three articles concerning pain management in the elderly. Am J Ger Pharmacother 2004; 2 (3): 155.

9. Aras MD, Gokkaya NK, Comert D, Kaya A, Cakci A. Shoulder pain in hemiplegia: results from a national rehabilitation hospital in Turkey Am J Phys Med Rehabil. 2004 Sep;83(9):713-9.
10. İrdesel J. Yaşlılarda Ağrı. In: Gökçe Kutsal Y (Ed): Geriatrik Rehabilitasyon, Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Derneği Geriatrik Rehabilitasyon Çalışma Grubu Yayını, Ankara, 2010,pp: 114-126
11. Poppe C,Devulder J,Mariman A,Mortier E: Chronic pain therapy: an evaluation from solo interventions to holistic interdisciplinary patient approach. Acta Clin Belg 2003; 58 (2): 92-97.
12. Schuler M, Natalie N, Hestermann M, Oster P, Hauer K: Acute and chronic pain in geriatrics: characteristics of pain and the influence of cognition. Pain Medicine 2004;5 (3): 253-262.

**KONU**

34

**DERİ YAŞLANMASI,  
DERİ KANSERLERİ  
VE KORUYUCU ÖNLEMLER**



## **KONU : DERİ YAŞLANMASI, DERİ KANSERLERİ VE KORUYUCU ÖNLEMLER**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Deri yaşlanması, deri kanserlerine neden olan başlıca faktörler ve korunma ilkeleri konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda:

- Deri yaşlanmasının sebeplerini sayabilmeli,
- Deri kanseri oluşumunda risk faktörlerini sayabilmeli,
- Güneşin zararlı etkilerini ve korunma yöntemlerini sayabilmeli,
- Deri kanserlerinin klinik belirtilerini sayabilmeli,
- Erken tanının önemini söyleyebilmeli,
- Deride oluşan her benin kanser olmadığını açıklayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Tartışma
- Soru-Cevap

### **ARAÇ- GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası, kalem ve kağıtları (Flip-chart)

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılara gazete, dergi veya internetten temin ettiği değişik deri kanseri resimlerini dağıtır. Bu resimler hakkında ne düşündüklerini sorarak konuya dikkatlerini çeker.*

### **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, katılımcılara kendilerinde veya yakın çevrelerinde deri kanseri olan birisi var mı diye sorar. Aldığı birkaç cevaptan sonra deri kanserinin klinik belirtileri ve seyrini, kanser oluşumundaki risk faktörlerini aşağıdaki bilgilerden yararlanarak açıklar.*

### **DERİ KANSERLERİ**

Deri kanseri, derideki hücrelerin kanserli gelişmesinden kaynaklanır.

Deri kanseri sıklığı yaşla birlikte artmaktadır.

Bunun nedeni yaşlanmayla birlikte:

- Hücre yenilenmesinde, derinin koruyucu fonksiyonlarında ve bağışıklık yanıtında yavaşlama
- Yıllar içinde maruz kalınan zararlı çevresel faktörler (özellikle güneş ışınları) dir.

### **Güneşin Deri Yaşlanmasında ve Kanser Gelişiminde Etkileri**

Deri yaşlanmasında ve deri kanseri gelişiminde en önemli risk faktörü güneş ışınlarıdır. Deri yaşlanması karmaşık ve ilerleyici bir süreçtir. İç kökenli yaşlanma genetik faktörlerle belirlenen, önlenemeyen bir süreçken, dış kökenli yaşlanma yaşam boyu maruz kalınan toplam güneş ışınları başta olmak üzere pek çok çevresel faktörle ilgilidir. Dış kökenli yaşlanmada güneş ışınları dışında etkili olan diğer faktörler:

- Sigara
- Düzensiz beslenme
- İlaç- alkol- madde bağımlılığı
- Hormonal faktörler
- Sistemik hastalıklar
- Stres



## **DERİ YAŞLANMASI VE DERİ KANSERİ GELİŞİMİNDE EN ÖNEMLİ RİSK FAKTÖRÜ GÜNEŞ IŞINLARIDIR.**

Güneş ışınlarının derideki zararlı etkileri hemen ortaya çıkan ve geç ortaya çıkan olmak üzere iki şekildedir. Hemen ortaya çıkan (ani etki) güneş yanığıdır.

Geç ortaya çıkan zararlı etkiler:

- Kuruluk
- Pürüzlü ve kaba görünüm
- Kırıışıklık, deride incelme
- Deride gevşeme- sarkma
- Damar genişlemesi
- Renk değişikliği, lekelenme
- İyi ve kötü huylu tümörler (kanseler) dir.

Deri kanseri yönünden risk faktörleri önlenabilir ve önlenemeyen olmak üzere ikiye ayrılır:

### **Önlenemeyen Risk Faktörleri:**

- Kalıtsal faktörler: Ailede deri kanseri olması önemli bir risk faktörüdür. Bazı kalıtsal hastalıklarda da risk yüksektir.
- Deri tipi: Derinin açık renk ve ince oluşu, mavi göz rengi, sarı- kıvıl saç rengi deri kanseri riskini artırır. Açık deri rengine sahip bireyler güneşe maruz kalınca güneş yanığı olurlar ama bronzlaşamazlar.

### **Önlenabilir Risk Faktörleri:**

- Güneş ışınları: En önemli risk faktörüdür. Özellikle çocukluk döneminde geçirilen güneş yanığı, ileri yaşlarda deri kanserlerinin en kötü huylusu olan melanom gelişme riskini belirgin olarak artırır.
- Bazı kimyasal ajanlar
- X ışınları, radyoterapi
- Bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlar ve hastalıklar

### **Yaşlılarda Sık Görülen Deri Tümörleri**

#### **İyi Huylu Tümörler**

En sık görülen **seboreik keratoz** olarak bilinen tümördür. Sıklıkla yüz ve gövdede, bazen de kol ve bacaklarda görülür. Açık veya koyu kahverengi, üzeri girintili- çıkıntılı, yaşla birlikte sayı ve büyüklükleri artan tümörlerdir. Kansere dönüşme riski yoktur ancak klinik olarak deri kanseri ile karışabilir.

## **Kanser Öncüsü Oluşumlar**

**Aktinik Keratoz:** Oluşumunda en önemli faktör güneş ışınlarıdır. Bu nedenle yüz ve el sırtı gibi açık bölgelerde ve açık renk derili kişilerde görülür. Hafif kızarıklık bir zeminde, yüzeysel pürüzlü, bazen kepekli, sarı-kahverengi, düzensiz sınırlı oluşumlardır. %20 sıklığında yassı hücreli kansere döner. Dudakta yerleşirse üzeri sulantılı olabilir. Dudakta yerleşenlerde sigara kullanımı kanser gelişimi için önemli risk faktörüdür.

**Kanser Öncüsü Benler:** Benler değişik büyüklük ve renkte, bazen deri seviyesinde, bazen deriden kabarık, doğuştan mevcut olan veya sonradan ortaya çıkan oluşumlardır. Kansere dönüşüm riski taşımayan veya değişik oranlarda kansere dönüş potansiyeli taşıyan farklı tipleri vardır.

Benlerde kanser gelişimi için ipuçları:

- Rengin heterojen olması
- Kenar düzensizliği ve asimetri
- Üzerinde ülser oluşması
- Zeminde kızarıklık oluşması
- Ağrı, kaşıntı gibi yakınmaların ortaya çıkması
- Yavrulaması

**Bu bulguların biri veya birkaçının varlığında derhal bir dermatoloji uzmanına başvurulmalıdır.**

**HERBENKANSERDEĞİLDİRVEYAHARBENKANSERE DÖNÜŞMEZ. ANCAK BENDEKİ HERHANGİ BİR DEĞİŞİKLİK KANSER GELİŞİM İŞARETİ OLABİLİR.**

## **Deri Kanseri**

Yaşlılarda en sık görülen deri kanserleri:

- Bazal hücreli kanser
- Yassı hücreli kanser
- Melanom

**Bazal Hücreli Kanser:** En sık görülen deri kanseridir. Erkeklerde ve kırk yaş üzerinde sıktır. Genellikle tektir ve en sık yüzde yerleşir. Seyri yavaştır, ancak derin doku harabiyetine neden olabilir. Organlara yayılım (metastaz) çok nadirdir.

Değişik klinik tipleri vardır. En sık deriden hafif kabarıklık, kubbe şeklinde, üzerinde ince damar genişlemeleri bulunan tümöral bir oluşum olarak başlar, zamanla çevreye doğru büyüyüp ortası ülser olur. Bazen rengi siyaha yakın olabilir. Deri seviyesinde, çevreye doğru yayılma eğilimi gösteren veya saplı olabilen tipleri de vardır.

**Yassı Hücreli Kanseri:** Erkeklerde ve kırk yaş üstünde daha sıktır. Sıklıkla yüz, kulak, alt dudak ve el sırtında yerleşir.

Risk faktörleri:

- Bazı kalıtsal hastalıklar
- Kanseri öncüsü oluşumlar (en sık solar keratoz)
- Uzun süre kapanmayan yaralar
- X ışınları, radyoterapi
- Bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaç kullanımı

Klinik görünüm değişkendir. Deriden kabarıklık, üzeri düz, girintili-çıkıntılı ya da ülser bir oluşum şeklinde olabilir. Klinik olarak bazı deri kanserleri veya iyi huylu tümörlere benzeyebilir. Yassı hücreli kanseri bulunan hastalarda artmış 2. yassı hücreli kanseri gelişim riski vardır.

Melanom: Deri kanserleri içinde en kötü huylu olanıdır. %20-50 oranında daha önceden mevcut olan bir ben üzerinde gelişir. En önemli risk faktörü güneş ışınlarıdır. Düzensiz kenarlı, rengi heterojen ve kahverengiden siyaha kadar değişen, deri seviyesinde veya deriden kabarıklık, üzeri bazen ülser olabilen lezyonlardır. El içi, ayak tabanı ve tırnak yatağında yerleşenler en hızlı seyre sahiptir.

**Güneşten Korunma Stratejileri:**

- Güneş koruyucular
- Kapalı giysiler
- Geniş kenarlı şapka
- Güneş gözlükleri
- Gün ortası (10.00-16.00 saatleri arası) kapalı mekânları tercih etme

**KORUNMA ERKEN ÇOCUKLUKTAN İTİBAREN BAŞLAMALIDIR  
EN ETKİLİ- EN BASİT- EN UCUZ ANTI-AGİNG:  
GÜNEŞTEN KORUNMA**

**Güneş Koruyucular:**

- Ultraviole A (UVA) ve ultraviole B (UVB)' ye karşı korur.
- Kimyasal filtre veya fiziksel örtü işlevi yapar.
- Etkinliği SPF (sun protecting factor- güneş koruma faktörü) değerine bağlıdır. Bu değer ne kadar yüksekse koruyuculuk o kadar yüksektir. Açık renk derililer minimum 30 koruma faktörlü güneş koruyucu kullanmalıdır.
- Güneş koruyucular güneşe çıkmadan 20-30 dakika önce uygulanmalı, 2-4 saat arayla uygulama tekrarlanmalıdır.
- Uygulama yeterli miktarda ve homojen olmalıdır. Yetişkin bir kişide mayo dışında kalan alanlara 30 gr. (bir avuç kadar), yüze 1/3- 1/4 tatlı kaşığı kadar uygulanmalıdır.
- İyi bir güneş koruyucu su ve terle etkisiz hale gelmemelidir.

**HİÇBİR GÜNEŞ KORUYUCU %100 KORUMA SAĞLAMAZ**

**Deri Yaşlanması ve Deri Kanserine Karşı Koruyucu Önlemler**

- Güneşten korunma
- Solaryumun sınırlandırılması
- Sigara kullanılmaması
- Vitamin ve antioksidandan zengin, doğal ve düşük kalorili diyet
- Bilinçli deri bakımı (temizlik, nemlendirme, soyma vb.)
- Düzenli egzersiz
- Stresle baş etme
- Hekimle işbirliği

## ÖZET

*Eğitimci, deri yaşlanmasının en kötü sonucunun deri kanseri gelişimi olduğunu vurgular. Deri kanseri için önlenbilir en ciddi risk faktörünün ise güneş ışınları olduğunu, çocukluktan itibaren korunma önlemlerine dikkat edilmesi gerektiğinin altını çizer. Katılımcılara güneşe karşı nasıl korunmaları gerektiğini, güneş koruyucu seçerken nelere dikkat edecekleri hakkında sorular sorarak konuyu kısaca özetler.*

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. Deri yaşlanması ve deri kanseri gelişiminde en önemli risk faktörü nedir?
2. Güneş koruyucu seçerken ve uygularken nelere dikkat edilmelidir?
3. Bir benin kansere dönüştüğünü düşündürecek belirtiler nelerdir?

## KAYNAKLAR

1. Schwartz RA, Stoll HL. Epithelial precancerous lesions. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Beşinci baskı. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith AL, Katz IS, Fitzpatrick TB (eds), McGraw-Hill Inc, New York 1999;823-839.
2. Schwartz RA, Stoll HL. Squamous Cell Carcinoma, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Beşinci baskı. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith AL, Katz IS, Fitzpatrick TB (eds), McGraw-Hill Inc, New York 1999;840-856.
3. Leffell DJ, Fitzgerald DA. Basal cell carcinoma. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Beşinci baskı. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith AL, Katz IS, Fitzpatrick TB (eds), McGraw-Hill Inc, New York 1999;857-864.
4. Ho VCY. Benign epithelial tumours. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Beşinci baskı. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith AL, Katz IS, Fitzpatrick TB (eds), McGraw-Hill Inc, New York 1999;873-889.

5. Lim HW. Abnormal responses to ultraviolet radiation: photosensitivity induced by exogenous agents. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Beşinci baskı. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K. New York McGraw-Hill Inc, 1999;1588-1597.
6. Hawk JLM, Lim HW. Photodermatoses. Dermatology. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, ve ark. Edinburg, Mosby, 2003;1365-1384.
7. Pathak MA, Nghiem P, Fitzpatrick TB. Acute and chronic effects of the sun. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Beşinci baskı. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K ve ark. New York McGraw-Hill Inc, 1999;1597-1608.

YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ

**KONU**

35

**YAŞLILARDA  
AYAK VE BACAK ÜLSERLERİ,  
KORUNMA YÖNTEMLERİ**

*Ayla GÜLEKOM*





## **KONU : YAŞLILARDA AYAK VE BACAK ÜLSERLERİ, KORUNMA YÖNTEMLERİ**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılarda ayak ve bacakta ülserler hakkında bilgi ve tutum kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda:

- Ayak ve bacak ülserlerini sınıflayabilmeli,
- Ayak ve bacak ülseri yapan nedenleri sayabilmeli,
- Ayak ve bacak ülserlerinden korunmak için yapılması gerekenleri sıralayabilmeli,
- Farklı ülser tiplerini tanımlayabilmeli,
- Ayak ve bacak ülserlerinde temel tedavi yaklaşımlarını sayabilmeli,
- Ayak sağlığı için gerekli önlemleri sayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Tartışma
- Soru-Cevap

### **ARAÇ- GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası, kalem ve kağıtları (Flip-chart)

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılara “Evde yemek yapıyorsunuz, telefonunuz çaldı. Arayan uzun zamandır sağlık problemleri nedeniyle hareketleri kısıtlanmış ağabeyiniz. Her iki ayak bileği çevresinde birkaç aydır kaşıntı, kızarıklık olduğunu, birkaç gündür buralarda sulantılı yaralar açıldığını, ne yapması gerektiğini soruyor. Bu bilgiler dışında başka neleri sorarsınız ve cevabınız ne olur?” diye sorar ve aldığı birkaç cevaptan sonra konuya dikkat çeker.*

### **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, ayak ve bacak ülserlerinin sıklıkla altmış beş yaş üzeri kişilerde görüldüğünü, çok farklı nedenlerle oluşabileceğini, bu nedenle klinik bulgu ve belirtilerinin, yerleşim bölgesinin, tedavi yaklaşımının farklılık gösterebileceğini vurguladıktan sonra aşağıdaki bilgilerden yararlanarak konuyu açıklar.*

## **AYAK VE BACAK ÜLSERLERİ ÇOK FARKLI NEDENLERLE OLUŞUR.**

### **AYAK VE BACAK ÜLSERLERİ**

- Altta yatan hastalığa bağlı gelişenler
  - Damar hastalıkları (venöz, arteriyel)
  - Sistemik hastalıklar (kan hastalıkları, diyabet gibi metabolizma hastalıkları, nörolojik hastalıklar vb.)
  - Enfeksiyonlar
- Bası yaraları
- Diyabetik ayak
- Travmatik (yanık, yaralanma, nörotik kaşıntı vb.)
- İlaçlar

## **VENÖZ ÜLSER**

- Bacak ülserlerinin yaklaşık % 70'ini oluşturur.
- Venöz (toplardamar) yetmezliğine veya tıkanıklığına bağlı gelişir.
- Yaşla birlikte görülme sıklığı artar.
- Kadınlarda daha sıktır.

### **VENÖZ ÜLSER YAŞLILARDA EN SIK GÖRÜLEN BACAK ÜLSERİDİR.**

#### **Venöz Ülser Klinik Belirtileri**

- **Başlangıç belirtisi:** Her iki ayak bileği iç kısmında damar genişlemesi, şişlik, kepeklenme, kahverengi-kırmızı renk, değişikli.
- **İkinci Aşama: Ülser:** (Yara) yüzeysel, sulanlı, düzensiz sınırlı. Ağrısız veya hafif ağrılı. Ülser kenarında kahverengi-mavi renk değişikliği.

#### **Venöz Ülselde Önlemler**

- Ayakların kuru ve temiz tutulması
- Uzun süre hareketsiz ayakta kalınmaması
- Varis çorabı kullanımı

#### **Venöz Ülselde Tedavi Yaklaşımı**

- Bandaj
- Elevasyon (bacağın yüksekte tutulması)
- Yara temizliği ve yara bakımı
- Dış tedaviler (doktor tarafından önerilen antibiyotikler, yara kapayıcı ve doku onarıcılar)
- Sistemik tedaviler

## **ARTERİYEL ÜLSER**

Arteriye (atar damar) bozuklukları sonucu gelişir:

- Hipertansiyon
- Ateroskleroz (damar sertliği)
- Diyabet
- Diğer damar bozuklukları

Erkeklerde daha sıktır.

### **Arteriyel Ülser Klinik Belirtileri**

- Bacak derisi soğuk, kuru, kepekli, incelmıştır.
- Kılılar azalıp incelmış, tırnaklar kalınlaşmıştır.
- Alt bacakta ve ayakta nabızlar azalmış veya kaybolmuştur.
- Ülserler küçük, yuvarlak, keskin sınırlı ve tabanı nekrotiktir.
- Şiddetli ağrı vardır.

### **Arteriyel Ülser Tedavi Yaklaşımı**

- Altta yatan bozukluğun tedavisi
- Yara bakımı, ağrı kontrolü
- Baş yukarıda olacak şekilde yatak istirahati
- Enfeksiyona karşı koyucu önlemler
- Dolaşım düzenleyici tedavi

### **BASI YARALARI (Dekübitis Ülserleri)**

Basınca maruz kalan vücut bölgelerinde özellikle kemik çıkıntıları üzerinde görülür.

### **Bası Yaralarında Klinik Belirtiler**

#### **Başlangıç döneminde (sırasıyla)**

- Deride kızarıklık
- Sertleşme
- Bül (su kabarcıkları)
- Morluk
- Ülser
- Doku nekrozu (ölümü)

#### **İleri dönemde (sırasıyla)**

- Deri, deri altı ve adelede derin doku harabiyeti
- Osteomyelit (kemik iltihabı)
- Yara kenarında kalınlaşp içe dönme
- Ülser ağrısızdır.

## **Bası Yaralarında Önlemler ve Tedavi Yaklaşımı**

### **Koruyucu Önlemler**

- Yatan hastalarda pozisyonun 2 saatte bir değiştirilmesi
- Cildin ıslak kalmasının önlenmesi, idrar-büyük abdest kontrolü olmayan hastalarda sık bez değişimi
- Doku beslenmesinin sağlanması
- Hava dolaşımını yatak kullanımı

### **Dış Tedavi Uygulamaları**

- Deride kızarıklık: Koruyucu örtüler
- Yüzeysel doku kaybı: Yara temizleyici ve nemlendirici
- Örtüler: Enfeksiyon yönünde değerlendirme
- Adeleye ulaşan doku kaybı: Yara temizliği ve emici yara örtüleri: Enfeksiyon yönünde değerlendirme
- Nekrotik (ölü) dokular varsa cerrahi veya enzimatik olarak ölü dokularının temizlenmesi

## **DİYABETİK AYAK**

- Diyabetin en önemli komplikasyonlarındanıdır.
- Tıkaçıcı damar hastalığı (anjyopati) veya sinir tahribatına (nöropati) bağlı gelişir.
- Sigara komplikasyonları hızlandırır (yasaklanmalı)

### **Diyabetik Ayak Klinik Belirtileri**

- Kızarıklık
- Bül (su kabarcıkları)
- Kemik çıkıntıları üzerinde nasır
- Aseptik (enfeksiyon olmayan) ülserler
- Enfekte ülserler, abseler
- Osteomyelit (kemik iltihabı)
- Lokalize veya tüm ayağı tutan gangren

**BACAK ÜLSERİ DİYABETİN EN ÖNEMLİ  
KOMPLİKASYONLARINDANDIR.**

## **YAŞLILARDA AYAK BAKIMI**

Ayak sağlığının korunması fiziksel aktivitenin zaten azaldığı yaşlılarda hareket yeteneğinin kısıtlanmaması açısından kritik öneme sahiptir.

### **Ayak Muayenesi:**

- Tırnaklar (mantar enfeksiyonu yönünden)
- Parmak araları (mantar enfeksiyonu yönünden)
- Basınca maruz alanlar (dolaşım bozukluğu yönünden)
- Renk, ısı ve nabızlar (dolaşım bozukluğu yönünden)
- Duyu muayenesi (sinir harabiyeti yönünden)

### **Ayak Temizliği:**

- Ayaklar ılık su ve sabunla her gece yıkanmalı, parfümlü sabun ve losyon kullanılmamalı.
- Yumuşak havlu ile kurulmalı (özellikle parmak araları)
- Banyo sonrası vazelin gibi nemlendiriciler uygulanmalı.

### **Tırnak Bakımı:**

- Tırnaklar banyo sonrası yumuşakken düz kesilmeli, törpülenmeli
- Şeytan tırnakları koparılmamalı.

### **Çorap ve Ayakkabı Seçimi:**

- Yumuşak, dikişsiz, sıkmayan yün ve pamuklu çoraplar giyilmeli.
- Uygun boyutta ayakkabı giyilmeli.
- Geniş burunlu, deri ayakkabılar giyilmeli.
- Yeni ayakkabı 1-2 saatten uzun giyilmemeli.
- Basınç noktaları kızarıklık yönünden kontrol edilmeli.

### **Nasır Oluşumunu Önleme:**

- Kemik çıkıntılarını üzeri yumuşak sünger taşı ile ovulmalı ve vazelin gibi yumuşatıcılar uygulanmalı.
- Kalınlaşma varsa eriticiler (keratolitik) uygulanmalı, ustura, jilet, çakı bıçağı gibi aletlerle kesilmemeli.

## ÖZET

*Eğitimci, katılımcılara sık rastlanan ayak-bacak ülseri tiplerini sorar, eksikleri kendi tamamlar ve bunları tahtaya yazar (venöz ülser, arteriyel ülser, bası yarası, diyabetik ayak). Daha sonra bu ülserlerin klinik belirtilerini sorar. Öncelikle gönüllülerden başlayarak tüm katılımcıların cevaplarını alır ve ilgili başlığın altına maddeler halinde sıralayarak konuyu kısaca özetler.*

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. En sık görülen ayak-bacak ülserleri nelerdir?
2. Yatan hastalarda bası yarası gelişmemesi için neler yapılmalıdır?
3. Ayak sağlığı açısından nelere dikkat edilmelidir?

## KAYNAKLAR

1. Dhady M, Dean SM, Eberhardt RT. Cutaneous Changes in Peripheral vascular arterial disease. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Yedinci baskı. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ.McGraw-Hill Inc, New York 2008;1667-1679.
2. Burton CS. Burkhart CN, Goldsmith LA. Cutaneous changes in venous and lymphatic insufficiency. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Yedinci baskı. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ.McGraw-Hill Inc, New York 2008;1679-1686.
3. Kalus AA, Chien AJ, Olerud JE. Diabetes Mellitus and Other Endocrine Disease. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Yedinci baskı. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ.McGraw-Hill Inc, New York 2008;1461-1470.
4. Phillips T. Ulcers. Dermatology. İkinci baskı. Bologna JL, Jorizzo J, Rapini RP. Mosby Elsevier, Spain 2008; 1597-1614.





**KONU**

36

**YAŞLILIK DÖNEMİNDE  
ŞİDDET, İHMAL VE İSTİSMAR**



## **KONU : YAŞLILIK DÖNEMİNDE ŞİDDET İHMAL VE İSTİSMAR**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılara yönelik şiddet, ihmal ve istismar konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Yaşlılara yönelik şiddetin, ihmal ve istismarın önemini açıklayabilmeli,
- Yaşlılara yönelik şiddet, ihmal ve istismarın tiplerini sayabilmeli,
- Yaşlılara yönelik şiddetin ihmal ve istismarın nedenlerini söyleyebilmeli,
- Yaşlılara yönelik şiddetin ihmal ve istismarın olumsuz sağlık sonuçlarını söyleyebilmeli,
- Yaşlılara yönelik şiddetin, ihmal ve istismarın belirtilerini sıralayabilmeli,
- Yaşlılara yönelik şiddetin, ihmal ve istismarın önlenmesi için yapılması gerekenleri sayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru-Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası, kalem ve kâğıtları (Flip-chart)
- Web tabanlı dokümanlar

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci; yaşlılar ve yaşlılıkla ilgili olumsuz deyiş ve atasözlerini yazdığı kartları katılımcılara dağıtır ve düşüncelerini ifade etmelerini ister.*

“İhtiyarlık da misafir gibidir, onu ağırlamak gerekir”

“Yaşlılık kötü bir alışkanlıktır. Çalışan bir kimse böyle bir huy edinmeye vakit bulamaz”

“Kocamışın evladı olmaz”

“Bir baba dokuz oğlu besler, dokuz oğul bir babayı beslemez”

“Aslan kocayınca sıçan deliğini gözetir”

“Aşık bir ihtiyar, kışın açan bir çiçeğe benzer” (Portekiz atasözü)

“Yaşlılarda acıma hissi azdır” (La Rochefoucauld)

“Belirli bir yaşa kadar siz çocuklarınızı azarlıyorsunuz, ondan sonra çocuklarınız sizi azarlamaya başlar” (Mina Urgan).

“Yaşlılık, kendini belli etmediği için çok tehlikeli bir derttir. İnsan bu derde farkına varmadan düşer” (Montaigne)

### **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, katılımcılara şimdiye kadar yaşlılara yönelik olumsuz yaklaşımlarla ilgili tanıklık, haber okuma, izleme durumlarını sorar. Eğer cevap alamaz ise kendisi aşağıdaki olayı ya da kendisinin bildiği bir olguyu anlatır (Bu konu ile ilgili katılımcıların yapılması gerekenler konusundaki görüşlerini alır. Yaşlılık döneminde yaşanan bu tür durumların önlenmesinin önemi konusundaki düşüncelerini sorar).*

#### **Mustafa Bey’in Hikayesi**

Mustafa Bey yetmiş yedi yaşında, eşi ve kırk altı ve kırk yedi yaşlarındaki iki oğlu ile birlikte yaşayan bir kişidir. İşsiz olan ve iş aramayan oğulları tarafından, Mustafa Bey bir çok kere hırpalanmıştır. Son kez oğullarından biri tarafından dövüldükten sonra tedavi gören ve iyileşmekte olan yaşlı adam daha kötü dövülme korkusuyla oğlu hakkında şikayet dilekçesi vermek istememektedir. Polis yetkilileri tarafından ilk kez dövüldüğünde acil serviste ziyaret edilen yaşlı adamı, oğlu havlusunu kullandığı için dövmüştür. Oluşan yaraların tedavisi için çok sayıda dikiş atılması gerekmiştir. Yaşlı adam “Mühim değil, sadece dayak yedim. Her zaman kendime, inşallah zamanla daha iyi olacak diyorum ancak

biraz uzun sürdü” diyerek durumu polis yetkililerine açıklamıştır. Mustafa Bey’e danışmanlık yapan sosyal hizmet uzmanı, yaşlı adamın oğullarının onun emekli maaşını elinden aldıklarını, bu nedenle Mustafa Bey’in kendi ihtiyaçları için gerek duyduğu parayı kazanmak üzere pazarda çalışmakta olduğunu saptamıştır. Mahkeme sonucunda yaşlı adamın oğullarına babalarına bir daha şiddet uygulamama ve rehabilitasyondan geçme şartı getirilmiştir. Ancak Mustafa Bey, “Geri döndüğümde bu durum tekrarlanacak ve sanırım oğullarım bir gün beni öldürecekler” diyerek korkusunu dile getirmiştir. Ancak, yaşlı adam “onlardan başka kimsesi olmadığını ve yine dayak yese bile yetmiş yedi yaşında başka nereye gidebileceğini bilmediği için ailesi ile birlikte yaşamaya devam edeceğini” söylemiştir.

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerden yararlanarak şiddetin tanımı, tipleri, nedenleri, olumsuz sağlık sonuçları, belirtileri konusunda kısaca bilgi verdikten sonra, önlenmesine yönelik yapılabilirler katılımcılara açıklar.*

## **ŞİDDET NEDİR?**

İsteyerek, yapmakla tehdit ederek ya da yaparak, kişinin kendisine, diğer bir kişiye, bir gruba ya da topluma yönelik olarak yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişme bozukluğu veya gelişmede gerileme ile sonlanan ya da sonlanma olasılığı yüksek bir biçimde fiziksel güç ya da nüfuz kullanılmasıdır (DSÖ, 1993).

### **Yaşlıya Yönelik Şiddet Nedir?**

Eğer şiddet yaşlıyı hedef alıyorsa yaşlıya yönelik şiddetten söz edilir. Yaşlıya yönelik şiddet, yaşlıların toplam nüfus içindeki payının artışına paralel olarak giderek önem kazanan bir sorundur. İlk defa geçen yüzyılda bir İngiliz hekim tarafından tarif edilmiş ve “nine dövülmesi” olarak tanımlanmıştır. Günümüzde yaşlıya yönelik şiddet, insan hakları, kadın erkek eşitliği meselesi olduğu kadar, aile içi şiddet ve toplumun yaşlanması bağlamında da ele alınmaktadır.

Yaşlıya yönelik şiddet yaşlının bulunduğu her mekanda (Aile içinde, bakım evinde, sağlık kuruluşlarında, sokakta, savaş sırasında vb.) ortaya çıkabilir. Ancak yaşlıya yönelik şiddet daha çok yaşlının tanıdığı kişilerden kaynaklanır ve ihmal ya da istismar biçiminde oluşur.

İhmal, bakım verenin bakım işlevini yerine getirmeyi reddetmesi ya da aksatmasına bağlı olarak bilerek ya da bilmeden yaşlı bireyin fiziksel ya da duygusal olarak sıkıntı yaşamasına yol açmasıdır (Günlük yaşamını sürdürmek

için ihtiyaç duyduğu beslenme, giyinme, kişisel hijyen, ısınma, ekonomik kaynak gibi gereksinimlerinin karşılanmaması, iletişim kurmaktan kaçınılması, uzun zaman yalnız bırakılması, sağlık hizmeti alma gereksiniminin görmezden gelinmesi, biten ilaçlarının alınmaması, gözlük, işitme cihazı gibi yardımcı cihaz kullanma gereksiniminin göz ardı edilmesi gibi).

Yaşlı bireyin kendini ihmal etmesi de olasıdır. Bu durumda yaşlının kendi güvenliğini ve sağlığını tehdit edecek biçimde davranması söz konusudur. Alzheimer, depresyon, beslenme bozukluğu gibi ciddi sağlık sorunlarının, alkol ya da madde kötüye kullanma sorununun bulunması, yoksul olması ve sosyal olarak yalnız kalması ve daha önce kendini ihmal öyküsünün varlığında yaşlının kendini ihmal etme riski artmaktadır.

Yaşlı istismarı ise güven beklentisinin olduğu bir ilişkide yaşlı bireyin zarar görmesine ya da sıkıntıya girmesine yol açan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır.

Yaşlı istismarı aile içinde ya da kurumda ortaya çıkabilir. Hangi ortamda ortaya çıkarsa çıksın kendisini fiziksel, psikolojik-duygusal, cinsel ya da ekonomik istismar biçiminde gösterir.

Fiziksel istismar ağrıya ya da yaralanmaya yol açma, zor kullanma, fiziksel olarak ya da ilaç kullanarak yaşlı kişiye engel olmak olarak tanımlanır. Tokat atma, tekmeleme, sarsma, çimdikleme, ısırma, saçını çekme, vücudunda sigara söndürme, yataktan çıkmasına izin vermeme, yatağa bağlama, yatağa bağımlı hastalarda gerekli temizlik işlemlerini zamanında yapmama, odasına hapsedme, ilaçlarını vermeme ya da yüksek dozda verme, gözlüklerini, işitme cihazını saklama, aç bırakma vs.

Psikolojik-duygusal istismar yaşlı bireyin duygusal olarak acı çekmesine yol açmaktır. Alay etme, isim takma, korkutma, sindirme, tehdit etme, aşağılama, bağırma vs. şeklinde olabilir.

Ekonomik istismar, yaşlı bireyin birikimlerinin ya da gelirinin yaşlının rızası dışında, yasal olmayan şekilde ve uygunsuz biçimde kullanılması, yaşlının ekonomik olarak sömürülmesidir.

Cinsel istismar, yaşlı bireyle rızası dışında cinsel temas kurulmasıdır.

Kurumda kalan yaşlılar ayrıca bebek muamelesi yapılması, birey ya da insan olarak görülmemeye ya da kurbanlaştırılma şeklinde istismar edilebilirler.

Yaşlıya yönelik şiddet her iki cinsiyetten yaşlıyı da etkilemekle birlikte bu sorunu yaşayanlar daha çok kadınlardır. Yaş ilerledikçe, ağır sağlık sorunlarının varlığında, yalnız yaşama ve ekonomik açıdan güçsüz olma durumlarında ve kurumlarda daha sık ortaya çıkar.

### **Yaşlıya Yönelik Şiddetin Nedenleri**

Olumsuz kültürel kalıp yargılar ve gelenekler yanında yaşlılara yönelik ayrımcılık, cinsiyet ayrımcılığı, şiddet ortamının varlığı, yaşlının yaşadığı ortamın özellikleri, yaşlının sosyal olarak yalnızlaşması gibi etkenler yaşlılara yönelik şiddetin önemli nedenleridir.

Yaşlının bakıma gereksinim duyduğu durumda bakım öncesi dönemde yaşlı ile bakım veren aile üyesi arasındaki ilişkinin kalitesi yaşlının ihmal ve istismarı açısından belirleyici nitelik taşımakta, bakım sürecinde bakım verenin çevreden yeterli destek alamaması gibi sıkıntı yaşamasına yol açan faktörler ise tetikleyici rol oynamaktadır. Yaşlı bireylerin bir arada yaşadığı kimselerin alkol ve madde alışkanlığı olması, ekonomik olarak yaşlı kişiye bağımlı olması gibi durumlar ihmal ve istismara yol açmaktan çok kolaylaştırıcı olmaktadır.

### **Yaşlıya Yönelik Şiddetin Olumsuz Sağlık Sonuçları**

İstismarın yaşlılar açısından sonuçları genellikle ağırdır ve yaşlının ölümüne sebep olabilir. Yaşlıların fiziksel olarak daha güçsüz olmalarının yanında, kemikleri kırılmaya daha yatkındır ve iyileşmeleri daha uzun zaman alır. Şiddet gören yaşlılarda depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, güçsüzlük duygusu gelişmesi, yaşadığı topluma yabancılaşma, korku ve kaygı sık görülen ruhsal sorunlardır.

### **Yaşlıya Yönelik Şiddetin Belirtileri**

Yaşlıya yönelik ihmal ve istismarın farkedilebilmesi için yaşlının yaşadığı ortamın değerlendirilmesi büyük önem taşır. Ayrıca aşağıdaki tabloda yer alan belirtilerin varlığında yaşlıya yönelik şiddet akla gelmelidir.

## Yaşlı İstismarının Belirtileri

Yaşlı bireyle ilgili belirtiler				Bakım veren bireyle ilgili özellikler
Fiziksel	Psikolojik-Duygusal	Cinsel	Ekonomik	
Fiziksel saldırı yakınması	Yeme alışkanlıklarında değişme ve uyku problemleri	Cinsel saldırı yakınması	Yaşlının hesaplarından olağan dışı ve düzensiz para çekilmesi	Yorgun ve sıkıntılı olma hali
Açıklanamayan düşme ve yaralanmalar	Korku, sersemlik ve teslimiyet hali	Yaşlı bireyin olağan ilişkileri ve özel yaşamı ile uyumsuz cinsel davranış	Yaşlının aniden evini ya da diğer mal varlığını çocuklarının bazılarına, “yeni arkadaş” ya da “yeni akrabalarına bırakmayı istemesi	Aşırı ilgili ya da aşırı ilgisiz davranma
Olağan dışı vücut bölgelerinde ve anormal tipte yanık ve çürükler	Pasifleşme, içe kapanma ve artmış depresyon durumu	Yaşlıda saldırganlık, içe kapanma ya da kendine zarar verme gibi açıklanamayan davranışlar	Yaşlı bireyin değerli eşyalarının kaybolması	İdrar ve dışkı tutamama sorunu gibi durumlar için yaşlı bireyi suçlama
Kesikler, parmak izleri ya da fiziksel yaralanma izleri	Çaresizlik, umutsuzluk ve kaygı hali	Sık karın ağrısı yakınmaları ya da açıklanamayan vajinal ya da anal kanama	Yaşlı bireyin mücevherlerini ve diğer kişisel eşyalarını bulamaması	Saldırgan davranışlar
Sık sık reçete tekrarı ya da verilen ilaç tedavisinin yeterli uygulanmaması	Ruhsal durumdan kaynaklanmayan çelişkili ifadeler ya da diğer tutarsız açıklamalar	Tekrarlayan genital enfeksiyonlar, göğüslerde ve genital bölgede çürükler	Şüpheli kredi kartı harcamaları	Yaşlıya çocuk gibi ya da insani olmayan biçimde davranma



Sağlık sorunu ile ilgili olmayan beslenme bozukluğu ve dehidratasyon durumu	Açık konuşmaktan kaçınma	Buruşuk, biçimsiz ya da kanlı iç çamaşırları	Yaşlı bireyin yaşam standardının olağan dışı biçimde düşmesi	Bakım veren kişide her türlü madde kötüye kullanım öyküsü
Yetersiz bakım ve kötü hijyen belirtileri (yetersiz beslenme, yetersiz kişisel hijyen, kirli giysiler, kötü koku...)	Bakım verenle fiziksel, sözel ve gözle temas kurmaktan kaçınma		Tedavi edilmeyen fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının varlığı	Bakım veren kişinin yaşlı bireyin başkaları ile yalnız görüşmesine izin vermemesi
Sık sağlık kuruluşu ve hekim değişirme	Diğer bireyler tarafından dışlanmış yaşlı		Yaşlı bireyin ekonomik koşullarıyla uyumsuz bakım düzeyi	Yaşlı ile ilgili sorulara kaçamak, savunmacı ya da saldırgan yanıtlar verme
				Yaşlı bireye çok uzun süreden beri bakım veriyor olma

### **Yaşlıya Yönelik Şiddetin Önlenmesi**

Yaşlıya yönelik şiddet önlenabilir. Ancak ülkemizde alınan önlemler, sunulan hizmetler ve yaşlıya yönelik şiddet, ihmal ve istismarın varlığında verilen cezalar caydırıcı değildir. Ülke düzeyinde var olan hizmetler aşağıda özetlenmiştir.

#### **Birincil Korunma**

Yaşlılara yönelik şiddetin hiç oluşmamasını sağlamaya yönelik önlemleri içerir. Bu aşamadaki önlemler daha çok ülke genelinde ve yerel düzeyde soruna yönelik makro düzeydeki düzenlemeleri içerir. Devletin ve toplumun yaşlıya yönelik şiddete karşı çıkması ve tolerans göstermemesi önem taşır. Ayrıca yaşlıların güçlendirilmesi, günlük yaşamda kendilerine yetebilecek ve ekonomik yönden

bağımsızlıklarını, üretkenliklerini koruyabilecekleri koşulların sağlanması, yaşlıların sosyal dayanışma ağlarının desteklenmesi, yaşlıların aile bireyleri ile ilişkilerinin sağlıklı ve sağlam temellere oturtulması konusunda desteklenmesi, yaşlılara yönelik şiddetin önlenmesi için caydırıcı nitelikte yasal düzenlemeler yapılması gibi müdahaleler önem taşır. Yapılacak müdahalelerin toplumun sosyokültürel yapısına uygun, sürdürülebilir ve yaşlıların da katılımlarını sağlayan nitelikte olması önemlidir. Ayrıca toplumda yaşlılara hizmet sunan meslek grupları dahil bütün kesimlerin yaşlıya yönelik şiddet konusunda farkındalığın artırılması gerekir.

### **İkincil Koruma**

Şiddete, ihmal ve istismara uğramış yaşlı bireylere yönelik hizmetleri içerir. İkincil koruma şiddet, ihmal ve istismar sorununun yaşlının diğer yakınları, sağlık personeli ve yaşlıya hizmet veren kişiler tarafından erken dönemde farkedilmesi ve gerekli önlemlerin alınması ile yaşlıların yaşamlarını yitirmelerinin, uğradıkları şiddete bağlı olarak kalıcı fiziksel sağlık sorunları oluşmasının ve yaşlı bireyin ruhsal sağlığının ve yaşam kalitesinin bozulmasını engeller.

Her yaşlının şiddet görme olasılığı vardır. Bu nedenle sağlık kuruluşuna başvuran her yaşlı bireyde şiddet akla gelmeli ve uygun şekilde her yaşlı başvurana şiddete, ihmal ve istismara uğrama durumu sorulmalıdır. Yaşlı bireyin sorununu farkederek hekime şiddet, ihmal ve istismarın suç olması sebebiyle yaşlı birey için gerekli tanı ve tedavi işlemlerini yürütürken, adli rapor hazırlar ve kolluk kuvvetlerine bildirimde bulunur. Yaşlı bireyin güvenliğinin risk altında olup olmadığını değerlendirir. Hekimin şiddet gördüğünden şüphelendiği yaşlı bireyle aile üyeleri ya da bakım veren kişiler olmaksızın görüşmesi önemlidir. Gerekli girişimler sonrası yaşlı bireyin izlenmesi için bir izlem planı yapılmalıdır. Sorunu farkederek diğer aile bireyleri ise, adli makamları, Sosyal Hizmetler İl Müdürlüklerini ya da ALO 183 Sosyal Hizmet Danışma Hattını arayarak durumdan ilgili kurumları haberdar eder.

### **Üçüncül Koruma**

Bu aşamada şiddete uğramış yaşlı bireylerin toplum yaşamına yeniden dönüşünü sağlayacak önlemler bulunur. Bu aşamada sosyal hizmetler il müdürlüklerinin verdiği hizmetlerin önemi büyüktür.

## ÖZET VE DEĞERLENDİRME

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun özet ve değerlendirmesini yapar:*

1. Yaşlıya yönelik şiddet, ihmal ve istismar nedir?
2. Yaşlıya yönelik şiddetin nedenleri nelerdir?
3. Yaşlıya yönelik şiddet nasıl önlenebilir?

## KAYNAKLAR

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.
2. Bruston GR. Granny battering. British Medical Journal, 1975, (3):592.
3. Kısıl A, Beşer A. Yaşlı istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2009; 8(4):357-364.
4. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü 2007. Yayın no: DPT:2741.
5. World Report on Violence and Health, Geneva, World Health Organization, 2002, pp 125-145.
6. Yaşlanma 2002- Uluslararası Eylem Planı Çeviri, G.O Koçoğlu, N. Bilir. HÜ Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM) Yayını, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2002.



**KONU**

37

**YAŞLILARDA  
AKILCI İLAÇ KULLANIMI**



## **KONU : YAŞLILARDA AKILCI İLAÇ KULLANIMI**

**SÜRE** : 60 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılara akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- İlaç tanımını yapabilmeli,
- Yaşlılıkta ilaç kan düzeyini etkileyen değişiklikleri sayabilmeli,
- Sık rastlanan ilaç yan etkilerini sıralayabilmeli,
- İlaç dışı madde kullanımının yol açabildiği yan etkileri sayabilmeli,
- İlaçların birbirlerinin etkilerini değiştirme mekanizmalarını sayabilmeli,
- Aşırı doz ilaç alınmasının yan etkilerini sayabilmeli,
- Hekim kontrolünde ilaç kullanımının ve hekim talimatlarına bağlı kalmanın önemini açıklayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Anlatım
- Soru – Cevap

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası, kalem ve kâğıtları (Flip-chart)

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, katılımcılara aranızda başağrısı olduğu zaman arkadaşı ya da komşusundan ilaç alıp kullanan var mı diye sorar. Aldığı birkaç cevaptan sonra hekime danışmadan ilaç kullanılmaması gerektiğini vurgular.*

### **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

### **İşleniş**

*Eğitimci, katılımcılara kullanmakta oldukları ilaçları ve hangi hastalıkların tedavisine yönelik kullandıklarını ve “akılcı ilaç kullanımı” ifadesinden ne anladıklarını sorar. Aldığı cevaplardan sonra ilacın tanımını söyleyerek konuya giriş yapar.*

İlaç, tıpta kullanılan ve biyolojik etkinliği olan saf bir kimyasal maddeyi ya da ona eşdeğer olan bitkisel veya hayvansal kaynaklı, standart miktarda aktif madde içeren bir karışımı ifade eder.

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre ilaç; fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, alanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün olarak tanımlanır.

DSÖ'nün tanımlamasına göre akılcı ilaç kullanımı; **“kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri”**dir.

*Eğitimci, yaşlılık ve yaşlılık döneminde ilaç kullanımı ve Türkiye’de en sık görülen hastalıkların ve en sık kullanılan ilaçların neler olabileceği hakkında bilgi verir.*

Yaşlı diye nitelendirilen grubun yaş sınırı kesin olarak belirlenmemiştir. Kural olarak altmış beş yaşın üzerindeki bireyler bu gruba girer. Ancak ilaçların vücuda girişi, kana geçişi, etki edeceği yere ulaşması, değişime uğraması ve atılması gibi özelliklerle ilaca karşı duyarlılığın değişmesinde önemli olan, yaşlının takvimsel yaşı değil, biyolojik yaşıdır ve bu iki tür yaş çoğu kişide birbirine uymaz. Bu nedenle, genelde vücut fonksiyonları yaşlılarda, yaşla orantılı bir şekilde azalmış



olmakla beraber, aynı yaştaki kişilerde dahi azalma aynı derecede olmaz. Bu bakımdan aynı yaştaki kişiler arasında önemli olabilecek derecede farklar vardır ve bunlar arasındaki ilaca duyarlılık değişkenliğinin boyutu, daha alt yaş gruplarında olduğundan daha fazladır. O nedenle hastanın bireysel olarak değerlendirilmesi kavramı, bu yaş grubunda daha fazla önem kazanmaktadır.

Yaşla birlikte hastalık görülme sıklığı ve buna bağlı olarak birden fazla hastalığın birlikte görülme olasılığı arttıkça çok sayıda ilacı aynı anda kullanma zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Yani çoklu ilaç kullanımı yaşlanma ile birlikte artmaktadır. Birden çok ilacın birlikte kullanımı da ilaç-ilaç etkileşimlerinin ya da kullanılan ilaçlara bağlı yan tesirlerin daha sık görülmesine yol açmaktadır. Yaşlılık döneminde ilaçlara vücudun verdiği cevaplarda bir artış veya azalış olabildiği gibi kullanılan ilacın etki göstereceği yere ulaşması, vücutta değişikliğe uğratılması veya vücuttan atılımı da genç yaştaakilere kıyasla büyük değişiklikler göstermektedir. **Yaşlılarda ilaç etkilerinde gözlenen değişiklikler sadece organlardaki yaşlanma sonucu ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere değil aynı zamanda bu yaş grubunda birden fazla hastalığın bir arada bulunmasına veya bunun sonucu birden fazla ilacın bir arada kullanılmasına da bağlıdır.**

### Türkiye’de Yaşlı Grubunda En Çok Rastlanan Hastalıklar ve En Sık Kullanılan İlaçlar

Hastalıklar ve Görülme Sıklığı	İlaçlar ve Kullanılma Sıklığı
Yüksek tansiyon (%30.7)	Kalp-damar ilaçları (%26.7)
Eklem romatizması (%20.4)	Ağrı kesici ve romatizma ilaçları (%20.8)
Kalp yetmezliği (%13.7)	Kan üzerinde etki gösteren ilaçlar (%14.8)
Şeker hastalığı (%10.2)	Sindirim sistemi ilaçları (%12.0)
Koroner damar hastalığı (%9.8)	Hormonal ilaçlar (%10.6)
Kemik erimesi (%8.2)	İdrar söktürücü ilaçlar (%10.5)
	Vitamin ve besleyici maddeler (%10.2)
	Solunum sistemi ilaçları (%9.5)
	Psikiyatrik ilaçlar (%7.5)
	Merkezi sinir sistemi ilaçları (%4.7)
	Antibiyotikler (%2.8)
	Üreme organları ve idrar yolları ilaçları (%2.6)
	Cilt hastalığı ilaçları (%2.0)
	Göz ilaçları (%1.9)
	Kulak ilaçları (%0.9)

*Eğitimci, ilaç kullanan yaşlılarda en sık rastlanan ilaç yan etkilerinin neler olabileceği ile yaşlılarda bazı ilaçların etkinliğinin azaldığına ve bazı ilaçların etkinliğinin ise arttığına dair bilgiler verir.*

### **Yaşlılarda İlaç Kullanımına Bağlı Olarak En Sık Ortaya Çıkan Yan Etkiler**

- Mide ağrısı
- Sindirim sistemi kanaması
- Bulantı
- Yorgunluk
- Sersemlik
- Baş dönmesi
- Allerjik döküntü ve bazen şiddetli allerji (anafilaksi)
- Uyku bozukluğu
- İshal/kabızlık
- Ağız kuruluğu
- Bacaklarda şişlik

Yaşlılarda ilaç etkilerinin gençlere göre daha az olmasında önemli bir neden etki yerinde yani hücrelerde ilaçlara duyarlılığın ve yanıtın azalmasıdır. Bunun nedeni de ilaçların hücrelerdeki etkilerine aracılık eden ve reseptör adı verilen protein yapıda moleküllerin, ayrıca hücre içinde görev yapan çeşitli moleküllerin sayı ve fonksiyonlarında yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan azalmadır. Yine, vücuttaki birçok sistemin denge içinde çalışmasını sağlayan düzenleyici sistemlerin de ilaçların yol açtığı değişiklikleri dengeleme özellikleri yaşlılarda yavaşlamaktadır. Örneğin, kullanılan ilaca bağlı olarak kan basıncında ortaya çıkan düşme, gençlerde kalp atım hızında artışla dengelenmeye çalışılırken yaşlılarda kalp atım hızında artış gözlenmeyebilir. Yaşlılığa bağlı olarak meydana gelen bu tip değişiklikler ilaç etkisinin abartılmış olarak ortaya çıkmasına yol açabilir.

Yaşlılarda belirli bazı ilaçlara karşı duyarlılık artışı da olabilmektedir:

- a. Barbitüratlar gibi uyku ilaçlarına ve diazepam gibi anksiyolitik (endişe giderici) ilaçlara duyarlılık artması sonucu zaten yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan bellek zayıflığı, yer- zaman- kişi algılamalarındaki bozukluk, zihin bulanıklığı ve sersemlik daha da belirgin hale gelir.
- b. Morfin gibi güçlü ağrı kesicilerin bu etkileri daha da artar.
- c. Şizofreni gibi psikiyatrik hastalığı bulunanların tedavisinde kullanılan fenotiyazin grubu ilaçlarla ortaya çıkan hareket bozuklukları ve ayağa ani kalkışa bağlı tansiyon düşmesi gibi yan etkiler belirginleşir.

- d. Yüksek kan basıncının tedavisinde kullanılan tiazid grubu idrar söktürücülerin kan potasyum düzeyini düşürücü etkileri ve potasyum tutucu özelliğe sahip idrar söktürücü ilaçların etkisiyle oluşan kan potasyum düzeyi yükselişi yaşlılarda daha belirgin olarak ortaya çıkar.
- e. Aspirin ve diğer ağrı giderici-inflamasyon engelleyici ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkabilen mide-barsak kanalındaki kanama ve ülser riskinde artış olur. Bu kanamalar sonucunda yaşlılarda demir eksikliği anemisi görülebilir.
- f. Şeker hastalığının tedavisinde ağız yoluyla kullanılan sülfonilüre grubu ilaçların kan şekerini düşürücü etkilerinde artış meydana gelir.
- g. Kemik iliğini baskılayan ilaçların bu etkilerine yaşlılar daha fazla duyarlıdır

**Tablo 1. Kullanılan ilaçların vücutta geçirdikleri süreç üzerinde etkisi bulunan parametreler ve yaşlılıkta bunlarda meydana gelen değişiklikler.**

<b>Etkisi Olan Parametreler</b>	<b>Yaşlılıkta Meydana Gelen Değişiklikler</b>
Ağızdan alınan ilacın emilimi	↑ Mide pH ↓ Barsak emilim yüzeyi ↓ Mide-bağırsak hareketleri ↓ Mide boşalma zamanı ↓ Mide-bağırsak kan akımı
Vücutta Dağılımı	↓ Kalp atım hacmi ↓ Serum albümin miktarı ↑ Vücut kitlesi yağ oranı ↓ Vücut suyu ↓ Doku kan akımı
Metabolizması	↓ Karaciğer kitlesi ↓ Enzim aktivitesi ↓ Karaciğer kan akımı
Vücuttan atılımı	↓ Böbrek kitlesi ↓ Böbrek kan akımı ↓ Böbreklerin süzme fonksiyonu

### **Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı ve Buna Bağlı Olarak Ortaya Çıkan İlaç Etkileşmeleri:**

Hastanın farklı doktorlara giderek çok sayıda reçete alması, reçetelere çok sayıda ilaç yazılması, doktorların fazla sayıda ilaç yazmaya eğilimli olmaları, hastaların fazla sayıda ilaç beklentileri, yaşlılarda tanıya değil semptomaya yönelik olarak ilaç kullanılması, hastanın veya doktorun tercihi olarak kullanılan ilaçların otomatik olarak tekrar yazılması, çok sayıda reçetesiz ilaç satılması, yaşlı hastaların aile bireylerinden veya çevreden ilaç alarak kullanma eğiliminde olması, kadın olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, yaşlılıkla birlikte birden fazla hastalığın sıklıkla bir arada bulunabilmesi gibi nedenlerle ileri yaş grubunda çoklu ilaç kullanımı klinik bir sorun oluşturmaktadır.

İlaçların bir arada kullanımına bağlı olarak ölümlerle de sonuçlanabilen çeşitli yan etkiler ortaya çıkabilmektedir. Yaşlıların aynı anda birçok ilacı kullanması maliyet yönünden sakıncalar doğurduğu gibi aynı zamanda hastalarda karışık tedavi rejimlerine uyum (uyunç) bozukluklarına da neden olmaktadır. Yaşlılıkta genellikle kalp-damar hastalığı tedavisinde kullanılan ilaçlarla psikolojik bozukluklara yönelik ilaçlar birlikte kullanılmaktadır. Buna bağlı olarak ortaya çıkan yan etkiler şöyle sıralanabilir:

- Ağız kuruluğu
- Konfüzyon (sersemlik ve zihin bulanıklığı)
- Bilişsel (düşünme, algılama, hatırlama) bozukluk
- Tansiyon düşüklüğü
- Akut böbrek yetmezliği
- Ödem ve kalp yetmezliğinin kötüleşmesi
- Mide-bağırsak fonksiyonlarında değişim
- Yürüyüş ve hareket bozuklukları

### **ÇOKLU İLAÇ KULLANIMLARINDA İLAÇ-İLAÇ ETKİLEŞME MEKANİZMALARI**

Yaşlılarda ilaç yan etkilerine erişkin gruba kıyasla iki kat daha fazla rastlanmaktadır. Bu durumun temelinde çok sayıda ilacın birlikte kullanılmasının yattığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar yaşlı grubunda hastaneye başvuru nedenlerinin %28'inin ilaçlarla ilişkili olduğunu ve bunların da %70'inin ters (advers) ilaç reaksiyonlarından kaynaklandığını göstermektedir. Bu nedenle yeni bir şikayetle doktora başvuran yaşlılarda hekimler ilk olarak ilaç etkileşimlerine bağlı bir patolojik durumu araştırmaktadır. İlaç-ilaç etkileşmelerine ait örnekler tablo halinde Ek-2'de sunulmuştur.

İlaç-ilaç etkileşimleri 3 farklı şekilde ortaya çıkmaktadır:

**1. Farmakodinamik Etkileşmeler (İlaçların Vücuda Etkileri):** Bu grup ilaç etkileşmelerinde bir ilaç diğer ilacın etkisini benzer bir yol üzerinden veya farklı bir mekanizma üzerinden güçlendirmek/zayıflatmak ya da ortadan kaldırmak şeklinde değiştirebilir. Ayrıca, bir ilaç diğer bir ilaçla kimyasal olarak bağlanarak da etkisini kaybedebilir. Örneğin kan pıhtılaşmasını önlemek için kullanılan heparinin etkisi kendisiyle kimyasal bağ oluşturan protamin sülfat ile engellenebilir.

**2. Farmakokinetik Etkileşmeler (Vücudun İlaçlara Etkileri):** Bir ilacın mide-bağırsak kanalından emilimi, vücutta dağılımı, özellikle karaciğerde olmak üzere çeşitli enzimlerle metabolizması ve böbrekler yoluyla vücuttan atılımının diğer bir ilaç veya ilaçlar etkisiyle artma veya azalmasına dayanan ilaç etkileşmelerini kapsar. Çoğunlukla metabolizma düzeyinde ortaya çıkmaktadır. Bu tip etkileşmeler sadece ilaç-ilaç arasında değil ilaç-besin arasında da görülebilmektedir. Bu etkileşme sıklıkla ilaçların mide-bağırsak kanalından emilimleri basamağında görülmektedir. İlaç kullanımı sırasında greyfurt suyu içilmesi bu ilacın metabolizmasını gerçekleştiren enzimlerin çalışmasını baskılayarak; brüksel lahanası veya brokoli gibi besinlerin ise bu enzimlerin çalışmasını artırarak ilaç kan düzeyini değiştirebildiği gösterilmiştir.

**3.Farmasötik Etkileşmeler:** İlaçların damar içine solüsyon (sıvı) şekilde birlikte verilmeleri sırasında yani henüz vücut dışındayken etkileşerek geçimsizlik göstermeleridir. Örneğin bir antibiyotik olan ampisilinin damar yoluyla verilmesi sırasında kullanılan serumun glukoz içermesi veya yine damar yoluyla enfeksiyon tedavisi için kullanılan tetrasiklin grubu ilaçlarla kloramfenikolün birlikte verilmesi bu ilaçlar henüz vücut dışındayken olumsuz etkileşmelere ve dikkatsizlik sonucu damar içine verilmeleri durumunda ciddi yan tesirlere yol açabilmektedir. İlaçların vücut dışında etkileşmeleri sadece diğer bir ilaçla karıştırılmaları sonucu değil aynı zamanda insülinin damar yoluyla verilmesi sırasında kullanılan serum seti plastik borularına bir miktar yapışmasında olduğu gibi tıbbi malzemelerle de ortaya çıkabilmektedir. Buna bağlı olarak ilaç, vücuda yeterli düzeyde verilememektedir.

*Eğitimci, katılımcılara ilaç doz aşımı hakkında bilgi verir.*

### **Yaşlılarda İlaç Doz Aşımı**

Yaşlılarda aşırı doz aşımı olaylarının çoğu yanlışlıkla fazla miktarda ilaç alımına bağlıdır. Yaşlılarda zihin fonksiyonları, hafıza fonksiyonları zayıfladığı için hasta ilaç dozlarını unutabilir, karıştırabilir ve sonuç olarak bazı ilaçları yüksek dozda alabilir. Ayrıca ilacı veren doktorun ilaç dozunu yaşa göre düzenlememesi de aşırı doz ilaç kullanımına sebep olabilir. Nadiren intihar amaçlı ya da hasta bilinçsiz hasta yakınlarının hatalı uygulamaları nedeniyle de doz aşımı görülebilir.

Yaşlı hastada doz aşımı durumunda ani olarak bulantı-kusma, karın ağrısı, ishal gibi mide-bağırsak bozuklukları, nabız atımında artış/azalma, kan basıncında artış/azalma, kalp atım düzensizlikleri, terleme, baş dönmesi, baygınlık, bilinç değişiklikleri, koma gibi belirtiler ortaya çıkar.

Doz aşımı uzun sürede gerçekleşiyorsa durum sinsi olarak ilerler. Yaşlı hastada sürekli bir yorgunluk hali, ödem, ciltte morluklar, sinirlilik, unutkanlık, içe dönüklük (depresyon), kabızlık, mesanede idrar birikmesi, kişilik değişiklikleri gibi belirtiler görülür.

Aşırı dozda ilaç alınması durumunda ortaya çıkan bozukluklar yaşlılarda çok daha ciddi seyreder. Bu nedenle hem yaşlı hasta hem de yakınları ilaç dozlarını özenle takip etmeli, sayılan belirtiler saptandığında gecikmeden hekime başvurmaları gereklidir.

*Eğitimci, katılımcılara ilaç dışı bitkisel ürünler kullanıp kullanmadıklarını sorar. Daha sonra bu ürünlerin kullanımının yol açabileceği istenmeyen durumlar hakkında bilgi verir.*

Günümüzde her yaş grubunda görülmekle birlikte daha sık olarak yaşlılarda doktor tarafından verilen ilaçlar yanı sıra bitkisel kaynaklı ürünlerin de kullanımı ve buna bağlı ilaç etki değişimleri tespit edilmektedir. Çeşitli dükkanlardan veya aktarlardan rahatlıkla temin edilebilen bitki kökenli ürünler üzerinde günümüzde ilaçlar kadar ayrıntılı olarak araştırma yapılmamaktadır. İçerdikleri maddeler, bunların miktarı ve etkileri net olarak belli değildir. Bu ürünlerin kullanılması durumunda hangi aktif maddenin/lerin ne miktarda dolaşıma geçtiği bilinmemektedir. Ayrıca birlikte kullanıldıkları ilaçlarla da sık olarak etkileşime girebilmekte ve ciddi yan tesirlere veya kullanılan ilacın etkisinin aşırı artmasına ya da ortadan kalkmasına yol açabilmektedir. Bilinçsiz bir şekilde kullanılan bitkisel ürünler direkt olarak da ciddi yan tesirlere neden olabilmektedir. Kabızlığın ortadan kaldırılması için çok sık tercih edilen “sinameki otu”nun gereğinden fazla kullanılması çok şiddetli ishallerle yol açabildiği gibi besinlerin ve ilaçların emiliminin gerçekleştiği bağırsak yüzeyinde de hasara yol açabilmektedir.

**Tablo 2. Sık Olarak Tüketilen Bazı Bitkisel Ürünler İle İlaçların Birlikte Kullanılmalarına Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Yan Etkiler**

İlaç	Bitki	Yan etki
Heparin	Ginko Biloba	Kontrol edilemeyen kanamalar
Aspirin	Sarımsak	Kanama riskinde artış
Furosemid	Meyan kökü	Antihipertansif etkinin azalması
İmmün (bağışıklık) sistemi baskılayan ilaçlar	Ekinezya	İmmün sistemin uyarılması
Lityum	Yeşil çay	Ani kesildiğinde serum lityum düzeyinde artma
Şeker hastalığı tedavisinde kullanılan ilaçlar	Sarımsak	Kan şekerinde aşırı düşme

### **Yaşlıların İlaç Kullanım Sırasında Dikkat Etmesi Gereken Hususlar**

1. İlaçlar daima doktor kontrolünde kullanılmalıdır.
2. İlaç kullanımı sırasında doktorun tarif ve önerilerine tamamen uyulmalıdır.
3. İlaçlar, karışıklığa yol açmamak ve çevresel faktörlerin olumsuz etkilerinden korumak için orijinal ambalajlarında muhafaza edilmelidir.
4. Kullanılan ilaçlar doktora danışılmadan kesilmemelidir.
5. Yeni bir şikayetle doktora başvurulduğu zaman daha önce tanı konmuş hastalıklar ve kullanılmakta olan tüm ilaçlar doktora söylenmelidir.
6. Verilen ilaçların tükettikleri gıdalarla muhtemel etkileşimleri hakkında doktor görüşü alınmalıdır.
7. Bitkiler veya bitkisel ürünlerin kullanımından sakınılmalıdır.
8. Çevrenin (akraba, komşu, arkadaş vb.) önerilerine dayalı ilaç kullanımından kaçınılmalıdır.
9. İlaçların kullanımı sırasında ortaya çıkan (basit olsun ya da olmasın) her türlü olumsuz belirti doktora danışılmalıdır.
10. Ağız yoluyla ilaç kullanımı sırasında sadece bir bardak su kullanılmalı, süt veya meyve suyu gibi sıvılarla yutulmasından sakınılmalıdır
11. İlaç kullanımı sırasında hekimin önerdiği doza azami özen gösterilmelidir
12. “Her hastalığın tedavisi için ilaç kullanılmalıdır” ve “ne kadar çok ilaç o kadar fayda” gibi yanlış düşüncelerden sakınılmalıdır

## ÖZET VE DEĞERLENDİRME

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirilmesini yapar.*

1. İlaç nedir?
2. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımını sebepleri nelerdir?
3. Yaşlılıkta ilaçların etkilerini değiştirebilen ne tür değişiklikler meydana gelmektedir?
4. Birlikte kullanılan ilaçlar birbirinin etkilerini ne şekilde değiştirebilir?
5. Sık rastlanan ilaç yan tesirleri nelerdir?
6. İlaçlar ile gıdalar arasında ne tür bir etkileşme olur?
7. Aşırı doz alımı durumunda ortaya çıkan belirtiler ve yapılması gerekenler nelerdir?
8. Yaşlıların ilaç kullanımını sırasında dikkat etmeleri gereken hususlar nelerdir?

## KAYNAKLAR

1. Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MÜ, Çalı Ş, Oktay Ş. Pratisyen hekimlerin yaşlılarda akılcı ilaç kullanımını alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2001; 4 (3): 100-105.
2. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda ilaç tüketimi. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3 (2): 56-60.
3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 (Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.
4. Brunton LL, Lazo JS, Parker KL. Goodman & Gilman Tedavinin Farmakolojik Temeli, Çeviri Editörü Öner Süzer, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2009.
5. Gökçe-Kutsal Y. Yaşlıda Akılcı İlaç Kullanımı. Romatoloji. TRASD yayını, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara 2010 (Baskıda).
6. Kayaalp SO. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 12. Baskı, Pelikan Tıp ve Teknik Kitapçılık Tic. Ltd. Şti., Ankara, 2009.



## **EKLER:**

### **EK-1**

## **ALINAN İLACIN VÜCUTTA GEÇİRDİĞİ SÜREÇ VE YAŞLILIĞIN BU SÜREÇ ÜZERİNE ETKİLERİ**

Ağız yoluyla kullanılan ilaçların etkilerini gösterebilmeleri için önce mide-bağırsak kanalından emilmeleri, kana geçmeleri ve etki gösterecekleri hücrelere ulaşabilmeleri gerekir. Bu süreç içinde öncelikle vücut sıvıları içinde dağılırlar, bu esnada özellikle karaciğerde olmak üzere kimyasal değişime uğrarlar yani metabolize olurlar ve daha sonra değişime uğramış şekilleri ya da değişmeden direkt olarak kendileri böbrekler yoluyla atılırlar, yani vücuttan uzaklaştırılırlar. İlaçların ağız yoluyla alınışlarından sonra vücutta geçirdikleri bu sürecin parçalarını oluşturan emilim, dağılım, metabolize olma ve atılım olayları yaşlılık döneminde erişkinlerden farklılıklar gösterir. Ortaya çıkan bu değişiklikler ise ilaçların vücutta kalış sürelerini uzatabileceği gibi sürenin kısalmasına da sebep olabilmektedir. Ayrıca, bu değişiklikler, ilaçların kandaki miktarlarının fazlaşmasına yol açarak etkilerinin artmasına ve hatta vücuda zarar veren ilaç yan tesirlerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

**1. Ağız yoluyla alınan ilaçların mide-bağırsak kanalından emilimi üzerinde etkisi olan değişiklikler:** Yaşlılarda mide asid salgısı azalır, mide boşalma süresi uzar, mide-bağırsak hareketleri yavaşlar. Ayrıca, ilaçların emilebileceği bağırsak içi alan küçülür, mide-bağırsak kanalı çeperinden geçen kan akımı da azalır. Tüm bu değişiklikler ilaçların emilimin hızını yavaşlatır. Bu nedenle demir, kalsiyum, B<sub>12</sub> vitamini gibi maddelerin emilimi azalacağı için yaşlılarda bu maddeleri içeren ilaçların yüksek dozda verilmesi gerekir.

**2. Emilime uğrayan ilaçların vücut sıvılarında dağılımı üzerine etkisi olan değişiklikler:** Yaşlılarda çizgili kas kitlesi azalırken yağ kitlesi artmaktadır. Yaşlılarda vücut suyu miktarı da azalmaktadır. Yağ dokusunun yağsız vücut ağırlığına oranı yaşlı erkeklerde %18'den %30'a; yaşlı kadınlarda ise %35'ten %48'e yükselir. Yağ içinde fazla çözünebilen diazepam (uyku düzenleyici, sakinleştirici), tolbutamid (şeker hastalığının tedavisinde ağız yoluyla kullanılır) gibi ilaçların vücutta dağıldıkları hacim artar. Yani kandaki konsantrasyonları düşer. Oysa, digoksin (kalp yetmezliği tedavisinde kullanılır), lityum (psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılır) ve alkolün yağda çözünürlüğü az olduğu için dağıldıkları hacim yaşlılarda daha azdır. Bu nedenle kandaki konsantrasyonları daha yüksek olur ve etki gösterdikleri yerlere daha yüksek miktarlarıyla ulaşabilirler. Ayrıca, dokularda kan akım hızı yaşlılarda

yavaşladığı için ilaçların vücutta dağılımı ve etki gösterecekleri yerlere ulaşmaları da yavaşlar. İlaçlar çoğunlukla kanda protein yapıda albümin adı verilen moleküllere bağlanarak taşınır. Ancak, ilacın etki gösterebilmesi için albüminden ayrılması yani serbest hale geçmesi gerekir. Yaşlılarda bu albümin molekülünün miktarı azaldığı için varfarin gibi ağız yoluyla kullanılan pıhtılaşmayı önleyici ilaçların serbest şekillerinin miktarı artar ve etkileri şiddetlenir. Aynı durum diazepam ve fenitoin (sara nöbetlerinin tedavisinde kullanılır) için de geçerlidir.

**3. İlaçların vücutta kimyasal değişime uğraması yani metabolizması üzerine etkisi olan değişiklikler:** Yaşlılarda genellikle karaciğer kitlesi, ilaçların kimyasal olarak değişikliğe uğramasına yol açan enzim adı verilen moleküllerin etkinlikleri (aktiviteleri) ve karaciğer kan akımı azalmaktadır. Enzim adı verilen moleküllerin etkilerinin azalması yaşlı erkeklerde yaşlı kadınlarınkinden fazladır. Ayrıca, etki azalması sadece cinsiyete göre değil aynı zamanda bireyler arasında da farklılık göstermektedir. Yaşlılarda karaciğerde değişime uğramaları azaldığı için fenotiazinlerin (şizofreni adı verilen psikiyatrik hastalığın tedavisinde kullanılır), barbitüratların (uyku ilacı, sakinleştirici), nitratların (damarlarda gevşeme/genişleme yaparlar) kandaki miktarları ve sonuç olarak etkileri artar.

**4. İlaçların vücuttan atılımı yani uzaklaştırılması üzerine etkisi olan değişiklikler:** Karaciğerde olduğu gibi yaşlılıkta böbrek fonksiyonları yani işleyişi de zayıflar ve birçok ilacın vücuttan uzaklaştırılmamasına, dolayısıyla etkilerinin daha uzun süre devam etmesine ve bunun sonucunda etki şiddetlerinin artarak istenmeyen yan tesirlerin ortaya çıkmasına yol açar. Bu nedenle tiazid grubu veya furosemid gibi idrar söktürücü ilaçların, heparin gibi pıhtılaşmayı engelleyici ilaçların, gentamisin gibi antibiyotiklerin vücuttan uzaklaştırılma süreleri uzar. Bu ilaçların dozunun azaltılması gerekir.

## EK-2

## İlaç-İlaç Etkileşmeleri Örnekleri

Etkilenen ilaç	Etkileyen ilaç	Sonuç
Teofilin (solunum yollarında gevşetici etki yapar)	Eritromisin (antibiyotik)	Teofilinin metabolizmasının yavaşlamasına bağlı teofilin yan tesir artışı
Enalapril (antihipertansif)	İbuprofen (ağrı kesici-inflamasyon giderici)	Antihipertansif etkide azalma
Morfin (güçlü ağrı kesici)	$\beta$ -bloker	Karaciğer kan akımının azalmasına bağlı morfin metabolizmasında azalma ve yan tesirlerin ortaya çıkması
İnsülin	Kaptopril	İnsülinin kan şekerini düşürücü etkisinde artış
Nöroleptik ilaçlar (şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar)	Alkol	Santral sinir sistemi baskılanmasında artış
Penisilin	Antiasit ilaçlar	Penisilinin bağırsaklardan emiliminde azalma
NSAİ (ağrı kesici-inflamasyon giderici ilaçlar)	SSRI grubu ilaçlar (Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar)	NSAI grubu ilaçların kanamaya yol açma riskinde artış



**KONU**

38

**EVDE BAKIM VE  
REHABİLİTASYON**

*İmatullah AKYAR  
Filiz CAN  
Oya HAZER  
Nuray KIRDI  
Emine KURTLUK  
Leyla ÖZDEMİR  
Nur TURHAN*



## **KONU : EVDE BAKIM VE REHABİLİTASYON**

**SÜRE** : 45X2 dakika

**AMAÇ** : Yaşlılarda evde bakım rehabilitasyon konusunda bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

Katılımcılar bu eğitimin sonunda:

- Evde bakım ve rehabilitasyon kavramını açıklayabilmeli,
- Yaşlılıkta evde bakım ve rehabilitasyonun önemini söyleyebilmeli,
- Evde bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini nereden alabileceklerini açıklayabilmeli,
- Hareket yeteneği sınırlanmış veya kaybolmuş yaşlılarda yaşanacak sorunlara nasıl yaklaşılacağını açıklayabilmeli,
- Hangi yaşam bulgularının önemli olduğunu açıklayabilmeli,
- Hangi durumlarda uzman yardımına gerek duyulacağını söyleyebilmeli,
- Bakım verenlerin ve aile üyelerinin yaşayabilecekleri sorunlarla başetme yollarını sıralayabilmelidir.

### **YÖNTEM**

- Soru-Cevap
- Tartışma
- Anlatım

### **ARAÇ-GEREÇ**

- Bilgisayar ve projeksiyon cihazı
- Yazı tahtası, kalem ve kâğıtları (Flip-chart)

## **ETKİNLİKLER**

### **Isınma**

*Eğitimci, gazete, dergi, kitap veya internetten temin edeceği aşağıdaki gibi fotoğrafları göstererek bunlar hakkında katılımcıların görüşlerini alır.*







## **Giriş**

*Eğitimci, konunun amaç ve öğrenim hedeflerini kısaca açıklar.*

## **İşleniş**

*Eğitimci, katılımcılara çevresinde daha önce evde bakım ve rehabilitasyon hizmeti alan birey olup olmadığını sorar. Aldığı cevaplardan sonra ne tür hastalıkların yaşlılıkta hareketi sınırlayabileceğini açıklar.*

## **REHABİLİTASYON TANIMI, KAPSAMI VE ÖNEMİ**

Rehabilitasyon, doğumsal veya sonradan oluşan hastalıklar veya problemler nedeni ile yeti yitimine veya fonksiyonel kayba uğramış bireylere çeşitli fizyoterapi uygulamaları ve egzersizler yoluyla yeteneklerini yeniden kazandırma veya var olan fiziksel kapasitelerini maksimum yeterlilikte kullanmayı öğreterek, bağımsızlık düzeylerini ve fonksiyonelliklerini artırma yöntemidir.

Yaşlılarda rehabilitasyonun amacı, hareket yetisini hastalıklar nedeniyle kaybetmiş yaşlı hastanın günlük yaşamda daha bağımsız hale getirilmesidir. Kırılgan yaşlının pek çok kronik hastalığı vardır ve yaşamsal sistemlerin yedek kapasiteleri son derecede kısıtlanmıştır. Bu nedenle daha gençlerde bir kayba neden olmadan atlatılan yeni hastalıklar, yaşlı ve kırılgan hastada kolayca yeti kayıplarına yol açmaktadır. Hareket yetisinin yitilmesi; dolaşım, solunum, metabolik ve kas iskelet sistemiyle ilgili hastalıklar veya psikolojik sorunlar nedeniyle olabilir. Böyle durumlarda geriatrik rehabilitasyon, kayıpları geri döndürmede en önemli araçtır. Bu uygulamalar sırasında yaşlının mevcut sistemik hastalıkları ve kapasitesi de göz önünde bulundurulmalı, bu sistemlere veya yaşlanma ile ortaya çıkabilecek sorunlara özgü bir rehabilitasyon programı uygulanmalıdır. Rehabilitasyon veya egzersiz programı, yaşlının fiziksel kapasitesine, fonksiyonel düzeyine, sosyokültürel yapısına, algılama düzeyine ve psikolojik yapısına göre şekillendirilmelidir.

Rehabilitasyon hizmetleri, sağlıkla ilgili birçok meslek profesyonellerinin takım çalışmasını gerektirir. Bu takım içinde uzman hekim, hemşire, fizyoterapist, ergoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve yardımcı sağlık elemanları yer alır.

Yaşlı rehabilitasyonu, sadece bir hastalığı veya yeti yitimi olan yaşlıları değil, sağlıklı veya basit problemleri olan yaşlıları da kapsar. Sağlıklı yaşlılarda veya yaşlılığa bağlı normal yaşlanma süreci içerisinde, sağlıklı yaşlanmayı sağlamak, yaşlanma sürecini yavaşlatmak ve yaşam kalitesini artırmak için de rehabilitasyon uygulamalarına yer verilmelidir.

### **Yaşlıda Evde Bakım Tanımı, Kapsamı ve Önemi**

Evde bakım, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici düzeyde sağlığın korunmasından, son dönem hasta bakımına kadar olan hizmetleri içine alan geniş bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü evde bakımı, bireyin kendi evinde sunulan sağlık ve sosyal destek sistemi olarak tanımlamış ve bu hizmetle uzun süreli ya da geçici kurumsal bakımın yerinin alınabileceğini, geciktirilebileceğini ya da önlenebileceğini ifade etmiştir. Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi evde bakım, yaşlı bireyin sağlık durumu, tedavisi ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebilmesi için destek gereksiniminin değerlendirilmesi ve karşılanmasını, yaşlı ve bakım verene eğitim ve danışmanlık hizmetlerini kapsayan geniş bir kavramdır.

Evde bakımın amacı, hastalığı ya da yetersizliğine bakılmaksızın, gereksinimi olan yaşlıya, bağımsızlığını sürdürebildiği ve istediği sürece, kendi evinde yaşama olanağı sunmaktır. Evde bakım hizmetlerinin, bireyin fiziksel, psikososyal, fonksiyonel durumunu geliştirmekle birlikte, yaşam kalitesinin sürdürülmesi ve yükseltilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

Bu nedenle evde bakım hizmetlerinin diğer amacı, yaşam kalitesini yükseltmekle birlikte hastane yatışlarını önlemek ve hastanede sunulan bakımın yerini almaktır.

Evde bakım kapsamında, bireyin bağımsızlık düzeyini artırarak ve sağlıklı bir yaşam biçimi kazanmasını sağlayarak koruyucu düzeyde, düzenli izlem ve kontrollerle hastalık ve yetersizliklerin erken dönemde tanınmasını sağlayarak tedavi edici düzeyde, hastalıklara bağlı diğer sorunları, tedavilerin yan etkilerini önleyerek ve destekleyici bakım sağlayarak rehabilitasyon düzeyinde koruyucu sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bununla birlikte evde bakım hizmetleri, bireyin fiziksel, psikososyal, fonksiyonel ve bilişsel sorunları doğrultusunda bakım gereksinimini karşılamakta, taburculuktan sonra değerlendirme ve izlemlerle evde rehabilitasyon ya da evde hastane hizmetlerini sağlayabilmektedir.

Genel olarak evde bakım hizmetleri, yaşlı/gereksinimi olan bireyin kendi evinde bağımsız olarak yaşamasını desteklemek için oluşturulmuştur. Bu doğrultuda evde bakım hizmetleri; evde sağlık hizmetlerinin sunumunu kapsayan “evde bakım” ve ev işleri, yemek, banyo, alış veriş, ulaşım, tamirat desteği, kalacak yer sağlanması ve yaşlıya uygun düzenlenmesi gibi uygulamaları kapsayan “ev yardımı/ev desteği” olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. “Evde bakım” hizmetlerinin sunumunda ve koordinasyonunda mutlaka sağlık profesyonellerinden oluşan ekibin görev alması gerekmektedir. Pek çok ülkede bu hizmet devlete bağlı ya da özel evde bakım kurumları tarafından sağlanmaktadır. “Ev yardımı/ev desteği” hizmetleri ise genellikle konuyla ilgili kısa bir eğitimden geçmiş personel tarafından anlaşmalı kurumlarca verilmektedir.

Yaşlıların hastane ortamında uzun dönem bakılmasının ülkelere getirdiği maddi yük, hızla artan nüfus, hastanelerde kişi başına düşen yatak sayısında azalma evde sağlık bakımı hizmetlerini zorunlu hale getirmiştir. Bu doğrultuda evde bakım hizmetlerinin yararları; bireysel ve toplumsal yararlar olmak üzere iki başlık altında toplanabilir.

#### **Evde Bakımın Bireysel Yararları**

- Yaşam kalitesinin artırılması,
- Bireyin alışık olduğu ortamda bakım gereksinimi karşılanarak memnuniyetin artması,
- Fonksiyonel sağlığın sürdürülmesi ve artırılması,
- Bireysel bağımsızlığın desteklenmesi ve geliştirilmesi,
- Bireyin ve ailenin gereksinimine özgü bakımın planlanması ve uygulanması,
- Bakımda sürekliliğin sağlanması,
- Bireyin ve aile üyelerinin bakıma katılımının sağlanması,
- Kurumsal bakımın neden olduğu stresin azalması,
- Son dönemdeki hastalar için ev ortamında fiziksel ve zihinsel rahatlığın sürdürülerek yaşama anlam katılması,
- Kurumsal ortamın neden olabileceği enfeksiyon riskini azaltarak, iyileşmenin hızlanması,
- Kişiye özel hizmet sağlamasıdır.

#### **Evde Bakımın Toplumsal Yararları**

- Kurumsal bakıma olan gereksinimi azaltması,
- Hastane giriş-çıkışını artırması,
- Hastaneye başvuru oranının azalması,
- Hastanede kalış süresinin kısalması,
- Kurum bakımına olan gereksinimi azaltması,
- Sağlık sisteminde bakımın sürekliliğinin sağlanması,
- Sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltması,
- Koruyucu sağlık uygulamaları ve toplum eğitimi için olanak sağlaması,
- Aile bütünlüğünün korunmasıdır.

#### **Hareket Yeteneğinde Sınırlanma veya Kaybolmaya Neden Olan Durumlar ve Etkileri**

Yaşlanma ile kas- iskelet sisteminde, merkezi ve periferik sinir sisteminde ve duyuusal sistemlerdeki değişiklikler sonucu gelişen, kas zayıflıkları, denge ve koordinasyonda bozukluklar, esneklik kaybı gibi durumlar, hareket kaybına veya hareket yeteneğinde azalmaya neden olur.

### **Yaşlanma ile Kas- İskelet Sisteminde Görülen ve Hareket Kaybına Yol Açan Bazı Değişiklikler:**

1. Fiziksel ve kas-iskelet sistemi yönünden olan değişiklikler
2. Performans yönünden olan değişikliklerdir.

Yaşlı bireylerde, yaşa bağlı kemik kaybı ve kemik/eklem harabiyeti sonucunda fiziksel ve kas-iskelet sistemi yönünden bazı değişiklikler olur. Boy ve vücut duruşunda, omurgada, toplam vücut ağırlığında, kol ve bacak kemiklerinde değişiklikler, yaşa bağlı yürüme ve denge bozuklukları, kassal kuvvet, denge ve dayanıklılıkta azalma, reaksiyon zamanında gecikme görülür. Kasılan fibril sayısında, kas kuvvet ve gücünde, kassal esneklikte azalma ile karakterize total kas kitlesindeki ve kas fonksiyonlarındaki olan bu değişiklikler, yaşlılıkta kas-iskelet sistemine binen yükün daha da artmasına yol açar.

Yaşlı rehabilitasyonunda ana prensip, yürüme ve fonksiyonlardaki bağımsızlığın korunmasıdır. Fonksiyonların ve normal yürüyüşün korunmasında, kas kuvveti ve eklem hareketliliğini sağlamak veya korumak için egzersiz ve eğitim şarttır.

Yaşlılarda denge kaybı ve koordinasyon bozukluğu yürüyüşü ciddi olarak etkiler. Yürüyüşü sağlayan kaslardaki zayıflık, osteoporoz ve korku, çoğu kez yürüme zorluğu ve kırık ile sonuçlanır. Bu nedenle denge ve yürüme eğitimi ile yaşlılardaki ambulasyonun korunması çok önemlidir.

### **Hareket Korkusu ve Buna Bağlı Psikolojik Sorunlar, İfade Sorunları**

Yaşlılarda hareket korkusunu tetikleyen birçok faktör vardır. Yaşlılarda normal yaşlanma ile veya sonradan ortaya çıkan bazı hastalıklar ve yeti yitimi nedeniyle hareket ve aktivite korkusu gelişir. Bu korku, eklemlerde kireçlenme, ağrı, kas zayıflıkları, denge problemleri, görme bozuklukları, ayaklarda şekil bozuklukları ve şişlikler gibi normal yaşlanma ile ortaya çıkan bazı durumlar sonucunda; herhangi bir hastalık, cerrahi yaklaşımlar veya psikolojik sorunlar sonucunda ortaya çıkabilir.

Yaşlı bireyin motor yeteneklerinde olan bu bozukluklar veya yetersizlikler, algı problemleri ve psikososyal problemler ile birlikte olduğunda var olan hareket korkusu daha da artar. Örneğin, bir yaşlıda yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan eklem harabiyeti, şeker hastalığına bağlı olarak ortaya çıkan duyu ve algı bozuklukları veya yine şeker hastalığına bağlı olarak gelişen ayak yaraları ile

birleştiğinde harekete karşı olan korku iyice artar. Sonuçta, yaşlının aktiviteye olan isteği azalır, hareket ve düşme korkusu gelişir. Kırık veya yaralanmaya yol açmayan minör düşmeler bile, aktivite seviyesinde azalma ile sonuçlanan, harekete karşı güven kaybına neden olabilir. Bu da, yeniden düşme riskini artırır veya tekrarlı düşmelere yol açar. Tekrarlı düşmeler, hastalarda düşme korkusuna, fonksiyonel aktivitelerin yapılmasında güven azlığına, sosyal izolasyona, hastanede kalış süresinin artmasına ve huzur evlerinde kalmak için erken başvurulara neden olmaktadır. Bir veya birkaç kez düşmeye göre tekrarlı düşmeler, yaşlılardaki mortalite oranını daha fazla artırır. Tekrarlı düşmeler sonucu ortaya çıkan hareket ve düşme korkusu, yaşlının fonksiyonel kapasitesinin azalmasına yol açar ki bu da geri dönüşümlü olarak düşme korkusunu artıran bir neden olur. Fonksiyonel yeteneklerdeki azalma, yaşam kalitesini de bozar. Bu nedenle düşme ve fonksiyonel yeteneklerdeki bozulmaya bağlı günlük yaşam aktivitelerdeki azalma arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Düşme korkusunun oranı, sağlıklı ve bağımsız yaşlılar için %12 ile %65 arasında değişmektedir. Bu oran kadınlarda, erkeklere göre daha fazladır. Korku, genellikle düşmeye bağlı olarak ortaya çıkar; ama önceden düşme hikayesi olmayanlarda da görülebilir.

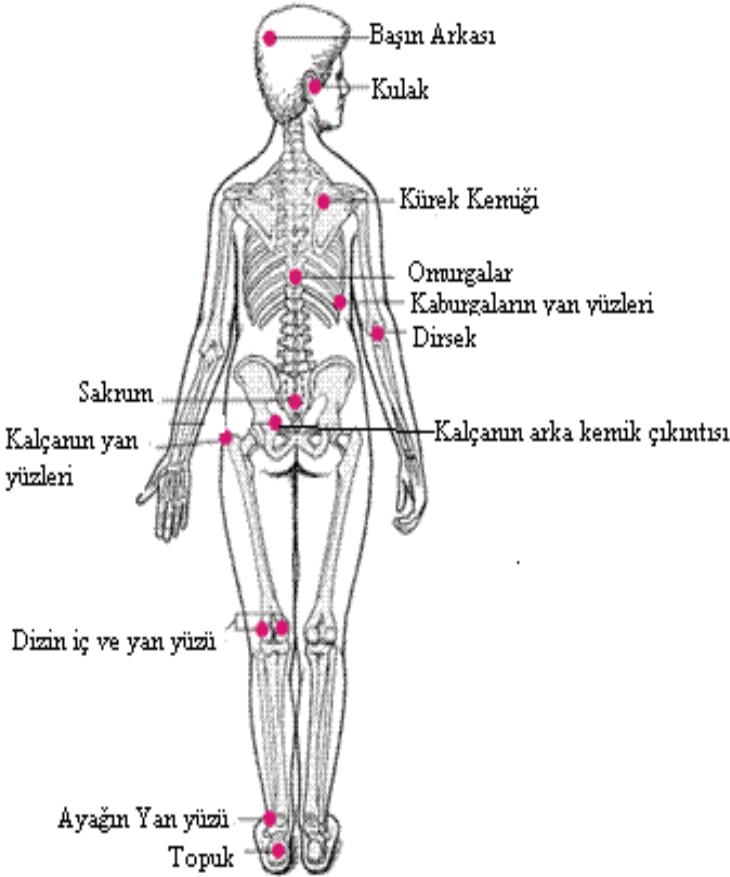
Hareketsiz bir yaşam veya başkalarına bağımlı bir yaşam, kişide psikolojik sorunlara da yol açar. Bu psikolojik sorunların başında depresyon ve endişe gelir. Endişe, stres veya depresyon, yaşlanma süreci içinde zaten sık görülebilen ve yaşlanma ile artabilen bir durumdur ve “Yaşlılık Depresyonu” adıyla bilinir. “Yaşlılık depresyonu” hareket azlığı ve hareketsizlik ile daha da artar ve psikolojik olarak daha ciddi problemlere yol açar. Yaşlı, kendini yalnız ve değersiz hisseder; mutsuz ve umutsuzdur; özgüveni azalır; kızgınlık ve öfke duyguları vardır. Rehabilitasyona veya diğer tedavilere olan ilgisi ve katılımı azalır. Hayat coşkusunu kaybeder ve sosyal ilişkileri zayıflar.

Egzersiz veya aktif bir yaşamın, vücudun tüm sistemleri kadar psikolojik yapı üzerine de çok olumlu etkileri vardır. Psikolojik yapı üzerine olan bu olumlu etkiler, kendini iyi ve mutlu hissetme hali, özgüven artışı, daha sağlıklı ve ağrısız bir vücuda sahip olmanın verdiği memnuniyet, endişe, gerginlik, depresyon ve kızgınlık duygularında azalma olarak sayılabilir. Ayrıca, sosyal aktivitelere olan katılım isteğinde artış ve kendini daha değerli hissetme hali ile hastalık ve diğer yeti yitimlerine karşı olan psikolojik direncin artması şeklinde ortaya çıkar. Psikolojik durum üzerine olan bu olumlu etkiler, geri dönüşümlü olarak yaşlının bakım ve rehabilitasyona olan aktif katılımını ve isteğini artırır.

### Yatak Yarası

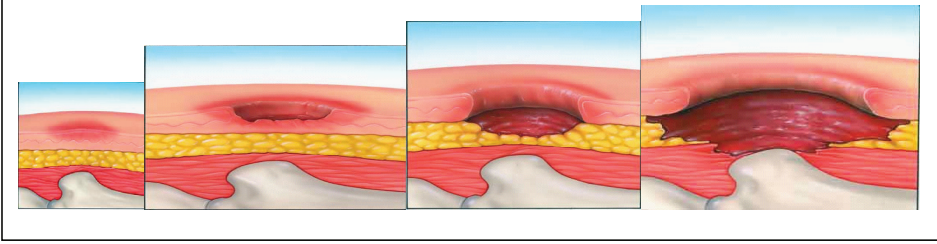
Hareket yeteneğinde sınırlanma ya da kaybolma nedeniyle devamlı yatma, vücudun belli yerlerinde fazla basınç ile birlikte, derinin beslenmesinin engellenmesine ve yatak yaralarına neden olur.

- ✓ Fazla kilo/ Aşırı zayıflık,
  - ✓ Hareketi engelleyen durumlar (örneğin, devamlı uyku hali, felç...),
  - ✓ Vücudun su toplaması,
  - ✓ Yetersiz beslenme,
  - ✓ İleri yaş,
  - ✓ İdrar ve/veya dışkı kaçıрма,
  - ✓ Damarsal hastalıklar,
- yatak yarasının gelişimini hızlandıran faktörlerdir.



Şekil 1. Yatak Yarası İçin Risk Bölgeleri

Yatak yaraları en sık kalçanın yan kısımları, topuklar, kalça eklemine olduğu bölgeler ve kuyruk sokumu (otururken) bölgelerinde görülür (Şekil 1).



Şekil 2. Yatak Yarası Evreleri

Yatak yaraları 4 evrede gerçekleşmektedir. **Birinci evrede;** deride parmakla basınca solmayan ve 30 dk.da geçmeyen kızarıklık; **ikinci evrede;** cilt ve cilt altı dokunun bir kısmı etkilenir, **üçüncü evrede** deri, deri altı yağ dokusu etkilenir ve son evrede deri altı yağ dokusundan başka kas dokusu, kemikler etkilenmiştir (Şekil 2).

Yatak yaralarında temel yaklaşım basıncın azaltılması, beslenme desteğinin sağlanması, enfeksiyonun önlenmesi ve yara bakımının yapılmasıdır. Yatak yarası açılmadı ise; cilt bakımı yapılır ve idrar/gaita kaçırma varsa buna yönelik bakım sağlanır.

### Yatak Yarasını Önlemek İçin Yapılması Gerekenler

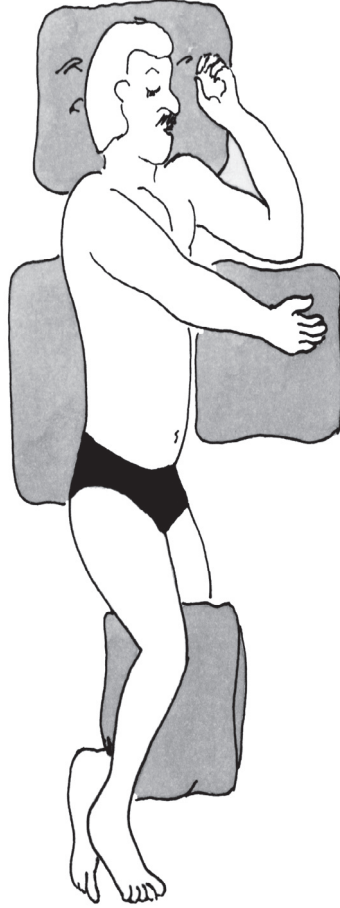
- ✓ Cilt ve nemli deri, sıcaklık, ağrı, kızarıklık, hassasiyet, akıntı, açık yaralar yönünden sürekli gözlenmeli,
- ✓ Derinin aşırı nemli olması önlenmeli,
- ✓ Yatak çarşaflarının gergin olması sağlanmalı,
- ✓ Yatak yarası riski olan alanlar ovulmamalı,
- ✓ İdrar/dışkı kaçırması olan hastalar yakından gözlenmeli,
- ✓ Tırnakları kısa ve düz kesilmeli,
- ✓ Hastanın yatış pozisyonu en geç 2 saatte bir değiştirilmeli (Şekil 3),
- ✓ Hasta kuvvet kaybı olan tarafa 20-30 dakikadan uzun süre yatırılmamalı,
- ✓ Sandalyede oturan hastalar ise en az saatte bir pozisyonlarını değiştirmeli,
- ✓ Diz altı, bel gibi vücut boşlukları küçük yastıklarla desteklenmeli; gerekirse tabanlarının düşmesini önlemek için ayak tahtası gibi destek malzemeleri kullanılmalı,



- ✓ Pozisyon verilirken sürtünmeden kaçınılmalı,
- ✓ Hastaya yatak içinde hareketler yaptırılmalı; ancak yapamayacağı hareketler için zorlanmamalı,
- ✓ Yatak yarası riski olan ve yatağa bağımlı hastalarda, basıncın dağılımını sağlayan havalı yataklar, su yatakları, parça köpükler ya da silikon yataklar kullanılmalı,
- ✓ Protein ve vitamin yönünden zengin bir diyet alması sağlanmalı,
- ✓ Sıvı kısıtlaması yoksa hastanın günde en az 2500 ml sıvı alması sağlanmalı,
- ✓ Hastanın naylon gibi sentetik giysiler kullanması önlenmelidir.



**Şekil 3.a. Yatak Yarası Koruma Pozisyonları**



**Şekil 3.b. Yatak Yarası Koruma Pozisyonları**

**Yatak Yarası Açılmışsa Neler Yapılmalıdır?**

- ✓ Doktorunuzun ve hemşirenizin önerilerine uygun bakım ve tedavi uygulanır.
- ✓ Bölge üzerinden fazla basınç kaldırılır.
- ✓ Yara daima kuru ve temiz tutulur.
- ✓ Bölgede enfeksiyon varsa doktorunuzun önerisi doğrultusunda pansumanlarla tedavisi sağlanır.
- ✓ Yara çevresine masaj yapılır.
- ✓ Yaranın olduğu bölgede en fazla yarım saat olmak üzere en fazla 2 saatte bir pozisyon değiştirilir.
- ✓ Özel bir diyeti yoksa bol protein ve vitaminli besinler verilir.

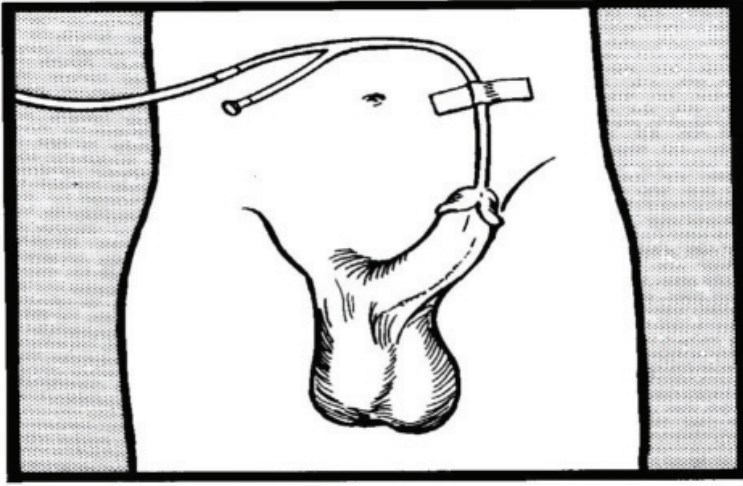
## **İdrar ve Dışkıyı Kontrol Etme Sorunları**

Evde bakılan yaşlı hastaların yaklaşık yarısında idrar kontrolü sorunu vardır. Bir sağlık sorunu olmasının yanında bu durum enfeksiyona ve yatak yarasına da yol açar. Yaşlıda utanma, bakımevine yerleştirilme korkusu gibi duygusal yansımalar da yol açar. İdrar kontrolünün kaybı, yaşlıda pek çok nedene bağlıdır. Bunların arasında hareket edememe, kabızlık, ilaçlar, sinir sistemi hastalıkları, metabolizma bozuklukları sayılabilir. İdrar kontrol bozukluğunun tipleri de farklıdır. Mesane kasının sık sık ve kontrol dışı kasılması halinde hastalar hissetmeden veya hissettiği anda fişkirir tarzda idrar yaparlar. Bu tip kaçırılmalar sinir sistemi hastalıklarıyla birliktedir. Bu hastaların sık idrara çıkması sağlanmalıdır. Ayrıca ilaçla tedavi yöntemleri için hekime başvurulmalıdır.

Bazı hastalar öksürme, hapsirme, eğilme, doğrulma durumunda idrar kaçırmalar. Bu hastaların kilo vermeleri ve öksürüğe yol açan durumlarının tedavisi etkili olur. Leğen kemiğinin tabanını oluşturan kasların egzersizlerini öğrenmeleri sağlanabilir. Leğen kemiği tabanı kaslarının bilinçli bir egzersiz programıyla kuvvetlendirilmesi bu sorunun çözümünde çok etkilidir. Uygun ilaç kullanımı ve mesane eğitimi için hekim önerileri alınmalıdır.

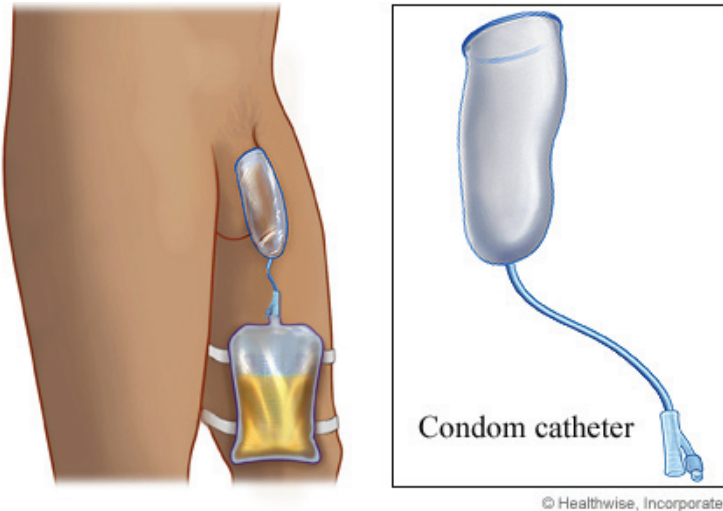
İdrar çıkış yolunda darlıklara neden olabilen prostat büyümesi vb. gibi durumlarda sıvı alımının ayarlanması, gece yatmaya yakın sıvı kısıtlanması etkili olabilir. İdrar kaçırmayı seyrekletirmek için hastanın kendini susuz bırakması sık görülen ve çok ciddi böbrek hasarına yol açabilen bir durumdur. Bu yöntemi uygularken hastanın gerektiği kadar su içmesinin sağlanması gerekir. Medikal veya cerrahi girişimler için mutlaka hekim görüşü alınmalıdır.

Mesane kasında yeterli kasılması olmayan hastalar idrarı boşaltmada zorluk çekerler. Bu tip mesanede sürekli idrar birikimi olur. Bu durum, ciddi ve ardısıra tekrarlayan enfeksiyonlara ve böbreklerin bozulmasına yol açabilir. Sinir sistemini etkileyen hastalıklar veya uzun süre sonda kullanımı buna yol açabilir. Hasta idrarını yeterince boşaltamıyorsa enfeksiyonu ve böbreklerin bozulmasını önlemek için hastaya sonda takılması gerekir.



**Şekil 4. İdrar sondasının karın üzerine sabitlenmesi**

İdrar kaçırmaması olan hastanın bakımında temizlik ve cilt kuruluğunun sağlanması çok önemlidir. Hasta sondalı ise hekimin önerdiği aralıklarla sondanın temiz bir yöntemle uygulanmasının sağlanması gerekir. Erkeklerde sondanın mesane çıkışında kıvrılması ile doku hasarı ve enfeksiyon sık görülür. Bu nedenle sondanın karın cildine sabitlenmesi gerekir. Bez kullanan hastaların bezleri ıslanır ıslanmaz değiştirilmelidir. İdrar kaçıran ama mesaneyi boşaltabilen hastaların bezlenmesi uygundur. Bez yerine kondom sonda kullanan hastaların pişik ve yara konusunda çok dikkati olmaları ve bu yöntemi çok kısa süreler için kullanmaları (örneğin, gece 6 saat için) kesinlikle tüm gün sürekli kullanmamaları önerilir.



**Şekil 5. Kondom sonda**

Kalça, diz eklemi kısıtlılıkları ve bel sorunu nedeniyle bazı hastaların sondaları çok zor uygulanabilir. Bu durumda hastaya pozisyonu verilerek örneğin yan çevrilerek sondasının uygulanması gerekebilir. Eklem kısıtlılığı olan hastaların zorlanması kırıklara yol açabilir.

Dışkı kontrol sorunu idrar kontrol sorunu kadar sık değildir. Genellikle idrar kaçırma sorunu da olan hastalarda görülür. Dışkının hemen temizlenmesi gerekir. Aksi halde yatak yaralarına yol açar.

## **Hijyen**

Yaşlı bireyde deride meydana gelen değişiklikler nedeniyle deri, tırnak ve saçların hijyenik durumunun ve hijyenik uygulamalarda yardım gereksiniminin değerlendirilmesi önemlidir. Deri kuruduğu için haftada iki kez yumuşak bir sabun kullanılarak yapılacak banyo yeterlidir. Banyodan sonra mantar enfeksiyonlarını önlemeye yönelik meme, koltuk altı, kasıklar ve parmak araları kurulanmalıdır. Yaşlı bireyde ayak tırnakları sertleştiği ve şekli değiştiği için, tırnak bakımı yapılmadan önce ılık su ya da vazelin uygulanarak tırnaklar yumuşatılmalıdır. Öncelikle deri sağlığının korunması için, masaj ve egzersiz gibi önerilerde bulunulmalı, diyabet hastalarının deri ve tırnak bakımlarına özen gösterilmeli, deri bütünlüğünü bozacak uygulamalardan kaçınılarak sağlık eğitimi verilmelidir. Ayrıca yaşlı grupta sık görülen bir sorun olan ve deri bütünlüğünü bozan şişlik değerlendirmesinin düzenli olarak yapılması ve şişliğe neden olan faktörlerin saptanması ve giderilmesi gerekmektedir.

Yaşlı bireyde genellikle, dişlerin tamamı ya da bir kısmı kaybedildiği için beslenme ve ağız hijyeni bozukluğu ya da protez diş kullanımı yaygın olarak görülmektedir. Ayrıca ağız içinde eksik dişlerin bulunması ya da protez kullanımı durumlarında, ağız mukozasının bütünlüğü bozulabilmekte ve bütünlüğü bozulmuş mukoza enfeksiyona yatkın hale gelmektedir. Bu nedenle, yaşlı bireydeki diş çürüklerinin, kırıklarının ya da kayıplarının, ağız mukozasının bütünlüğünün, kullanılan protezin ağıza uygunluğunun değerlendirmesi ve saptanan sorunlara yönelik gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir.

## **Hareketsizlik, Denge Bozukluğu ve Düşme**

Hareketsizlik geçici veya kalıcı birçok sebebe bağlı olarak meydana gelebilir. Kemik sağlığı düzenli stres ve yük bindirme ile korunacak şekilde düzenlenmelidir. Her büyük organ sistemi hareketsizlikten olumsuz etkilenir, fizyolojik değişiklikler 24 saat içinde başlar ve önemli fonksiyonel yetenek kaybı iki gün içinde görülür.

### **Kas-iskelet sistemi**

Eklem hareketlerinde azalma  
Esneklikte azalma  
Eklem sertliği gelişimi  
Kas erimesi  
Kasın dayanıklılığında azalma  
Kemikte kuvvet kaybı

### **Psikolojik/Nörolojik Sistem**

Depresyon  
Algı yeteneğinde azalma  
Sosyal izolasyon  
Uyku bozuklukları  
Endişe, sinirlilik

### **Deri**

Yatak yaraları gelişir  
Derinin incelməsi  
Deri çatlamları

### **İdrar Yolları**

İdrar yollarında enfeksiyon  
İdrarın boşaltılamaması  
İdrar kesesi (mesane) taşı

### **Dolaşım ve Solunum Sistemi**

Nefes alıp-vermenin azalması  
Akciğerlerin havalanmasının azalması  
Zatürre  
Solunum sisteminin bozulması  
Kalbin atım hacminin azalması  
İstirahat kalp hızının artması  
Pozisyona bağlı düşük tansiyon

### **Metabolik Sistem**

Protein kaybı  
Kalsiyum kaybı

Yaşın ilerlemesine eşlik eden hareketsizlik, denge bozukluğu ve düşme koşullarında riskli durumların görülme sıklığında artış görülür. Eklemlerde yıpranmaya neden olan hastalıklar (özellikle boyun, bel, omurga, bacaklar) ağrıya, eklemlerde hareketliliğin azalmasına, kaslarda zayıflığa ve sinir sistemi bozukluklarına yol açar.

Kalça ve uyluğun iyileşmiş kırıkları, anormal ve dengesi azalmış yürüyüşe neden olur. Yeni veya daha önceden olmuş inme sonucu gelişen kas zayıflığı veya duysal yetersizlikler denge bozukluğuna sebep olur.

Kullanmama ve hatalı pozisyon (ağrı ve/veya egzersiz yapılmaması) sonucu oluşan kas zayıflığı, dengesiz yürüyüş ve dik durma yeteneğinde bozulmaya yol açar.

Şeker hastalarında ve diğer sinir sistemi hastalıklarında olduğu gibi duyuşal girdideki azalma, görme bozuklukları ve işitmenin bozulması çevreden gelen uyarınları azaltarak düşmeye yol açar.

Algılama fonksiyonun bozulması, emniyetsiz çevreyi meydana getirerek düşmeye öncülük eder.

Ayakla ilgili problemler (kemik çıkıntıları, nasırlar, tırnak hastalıkları, eklem şekil bozuklukları vb.) ağrıya ve şekil bozukluklarına sebep olduğu için yürüyüşteki değişiklikler beklenen bir durumdur. Yaşlılarda, diğer özel hastalık durumları da (Parkinson hastalığı ve kardiyovasküler hastalıklar) hareketsizlik, denge bozukluğu ve düşmelere yol açar.

### **Yaşlı Kişilerde Düşmeye Eşlik Eden Faktörler**

Düşmeler için risk faktörleri hem dış (çevre ve yüksek riskli aktiviteler) hem de iç (yaşlanma süreci ve dengeyle ilişkili sistemler üzerindeki patolojinin etkileri) olarak düşünülebilir.

#### **İç Faktörler**

Tıbbi, sinirsel ve ruhsal durumlar  
Görme ve işitmede bozukluk  
Sinir ve kas fonksiyonlarında bozukluk  
Yürüyüş ve duruş pozisyonunda yaş ile ilişkili değişiklikler

#### **Dış Faktörler**

İlaçlar  
Yürüme için yardımcı cihazın yanlış kullanımı  
Çevresel tehlikeler

## Düşmenin Risk Faktörleri

<b>Bireye Ait Risk Faktörleri</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Artmış yaş</li><li>▪ Önceki düşme hikayesi</li><li>▪ Düşmeye bağlı yaralanma hikayesi</li><li>▪ Azalmış hareketlilik</li><li>▪ Bozulmuş denge</li><li>▪ Azalmış bacak kas kuvveti</li><li>▪ Yanlış yürüme/yürüme yardımcısının kullanımı</li><li>▪ Çok ilaç kullanımı</li><li>▪ Psikolojik ilaçlar ve yatıştırıcı gibi yüksek risk taşıyan ilaçlar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ İdrar/dışkı kaçırma</li><li>▪ Görme bozukluğu</li><li>▪ Baş dönmesi</li><li>▪ Hareketlerdeki bozulma</li><li>▪ Azalmış tepki zamanı</li><li>▪ Pozisyona bağlı tansiyon düşüklüğü</li><li>▪ Bunamayı içeren algılama bozuklukları</li><li>▪ İnme, Parkinson hastalığı ve iltihabi eklem hastalıkları gibi kronik durumlar</li></ul>
<b>Çevresel Risk Faktörleri</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Uygun olmayan yüzeyler</li><li>▪ Kaygan yüzeyler</li><li>▪ Zayıf aydınlatma</li><li>▪ Uygun olmayan ayakkabı</li><li>▪ Zeminde bulunan kablolar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Merdivenler/kaldırımlar</li><li>▪ Parlayan ışık/yansıyan yüzeyler</li><li>▪ Yüksek riskli aktiviteler (sandalyenin üstüne çıkarak yüksek rafa uzanmak)</li></ul>
<b>Denge Bozukluğu ve Düşmelere Eşlik Eden Yaşla İlişkili Faktörler</b>	
<p><b>1. Duruş pozisyonundaki değişiklikler</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Algılamada azalma</li><li>• Ani tepkilerde yavaşlama</li><li>• Kas gerginliğinde azalma</li><li>• Yürüyüşte kol ve bacak hareketlerinde artma</li><li>• Pozisyona bağlı tansiyon düşüklüğü</li></ul>	
<p><b>2. Yürüyüşteki değişiklikler</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ayakların daha az yukarı kaldırılması</li><li>• Erkekler: Öne doğru eğilmenin artması ve ayakları açarak kısa adımla yürüyüş</li><li>• Kadınlar: Ayaklar birbirine yakın ve ördekvari yürüyüş</li></ul>	
<p><b>3. Denge ile ilişkili risklerin artması</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• İltihabi eklem hastalığı</li></ul>	



- Kalça ve uyluk kemiği kırıkları
- İnme sonucu gelişen kalıcı yetersizlikler
- Kullanmama ve hatalı pozisyon nedeniyle kas zayıflığı
- Sinir sistemi hastalıkları
- Ayaklardaki hastalıklar veya şekil bozuklukları
- Görmenin bozulması
- İşitmenin bozulması
- Unutkanlık ve bunama
- Diğer hastalık durumları (kalp-damar hastalıkları, Parkinson hastalığı)

**4. Gece idrara çıkmaya sebep olan durumların artması (Kalp hastalığı, dolaşımdaki yetersizlik)**

**5. Bunama görülme sıklığının artması**

**Eklemler Hareket Kısıtlılıkları ve Şekil Bozuklukları**

Yaşlılarda, normal yaşlanmaya ve doku esnekliklerinin azalmasına bağlı olarak yumuşak dokularda bir miktar hareket kısıtlılıkları olur. Bu durum, eklem kireçlenmeleri ve diğer romatizmal hastalıklar, kırıklar, kırık sekelleri, kas zayıflıkları veya şekil bozuklukları gibi durumlara bağlı olarak daha da artar. Ayrıca bazı tıbbi veya cerrahi uygulamalar sonrasında belli bir süre ile hareketleri engellenmiş veya alçı ve cihaz uygulamaları gibi uygulamalarla korumaya alınmış yaşlı bir eklem, genç bir eklemle göre çok daha kısa bir süre içerisinde ve daha şiddetli eklem kısıtlılığına uğrar. Bu hareket kısıtlılıkları, eklemlemlere olan yük dağılımını bozar; kırık ve kemik dokusu üzerine aşırı yük bindirir ve yaşlanma ile zaten dejenerasyona uğramış olan eklemlemlerdeki harabiyeti artırır. Bu da hareket azlığı olan yaşlı bireyi daha da hareketsiz kılar.

Bu kısır döngüyü oluşmadan önlemek en iyi yöntemdir; ancak oluşmuş ise de bir an önce kırmak gerekir. Bu nedenle eklem hareketliliğini korumak, herhangi bir nedenle kısıtlama gereken durumlarda izin verilen hareket sınırları içerisinde harekete izin vermek veya hareket kısıtlaması gereken sürenin sonunda, harekete hemen başlamak çok önemlidir. Erken hareketin, normal eklem hareketliliğini sağlama etkisinin yanı sıra, dolaşımı artırma ve hareketsizliğe bağlı kas zayıflıklarını önleme gibi iki önemli etkisi daha vardır.

Eklem hareketliliğinin kazanılmasında düzgün duruşun ve pozisyon vermenin de büyük önemi vardır. Bu nedenle yatak içerisinde veya herhangi bir cihaz içerisinde eklemlemlerin doğru pozisyon verilmesi çok önemlidir. Hareket kısıtlamasına gidilmiş

eklem veya eklemlere komşu eklemlerin de hareketliliğini sağlamak da ilgili eklem veya bölgenin hareketliliğini sağlamada anahtar noktadır.

Normal eklem hareketliliğinin sağlanmasında, hastanın yaptığı aktif hareketler veya fizyoterapistlerin uyguladığı pasif hareketler kullanılabilir gibi, hareketi sağlayan bazı aletler, ekipmanlar veya cihazlardan da yararlanılabilir. Ayrıca graviteden yararlanılarak yapılan egzersizler de kullanılabilir.

Rehabilitasyonda artritlik eklem binen yükleri azaltmak, eklem hareketliliğini ve kuvveti sağlamak temel prensiptir. Eklem binen yükleri veya ağrıyı arttıracak aktivitelerden kaçınma veya aktivite modifikasyonu da önemli prensiplerdendir. Kısa süreli istirahat ağrılı eklem için faydalı olmasına rağmen uzun süreli inaktivite, yaşlı bireyin çok daha ciddi problemlerle karşılaşmasına yol açar.

Temel ilke olarak ağrıyı, irritasyonu veya reaktif synoviti artıran, erken/aşırı yorgunluğu veya kas spazmını tetikleyen, hastanın emniyetini riske atan ve eşlik eden diğer hastalıklar veya problemler için tehlikeli olan uygulamalardan kaçınmak gerekir. Egzersizler sırasında eğer dirençli egzersizler ağrıya veya başka bir bulguya yol açıyorsa direnç uygulamalarından kaçınılmalıdır.

### **Dolaşım Problemleri**

Hareket güçlüğü yaşayan yaşlı hastaların bacaklarında yeni ortaya çıkan tek taraflı çap farkları yani şişkinlik, toplardamarların pıhtı ile tıkanmasına bağlı olabilir. Şişen bacakta bir miktar morarma, sertlik ve ağrı belirtileri vardır. Ayağın yukarı doğru itilmesi sonucunda diz ve diz altındaki bölgede arka grup kasların gerilmesi bu ağrıyı artırır. Derin toplardamarlarda pıhtı oluşumu ciddi sorunlara yol açabilir. Pıhtının koparak kalbe ve buradan da akciğerlere gitmesi ile akciğer damarlarında tıkanıklık oluşabilir ve bu durum çok tehlikelidir. Bacaklarda çap farkı saptanırsa o bacak ovulmamalı, hareket ettirilmemeli ve hemen bir hekime başvurulmalıdır. Derin toplardamarlarda pıhtı oluşmasını önlemek için egzersiz ve destekleyici çoraplar kullanılması çok yararlıdır, ama pıhtı oluşup şişkinlik, sertlik ve ağrı belirtileri ortaya çıkınca bacak istirahata alınıp çoraplar, sıkı lastikli giysiler çıkartılmalıdır.



### Şekil 6. Derin toplardamar tıkanıklığı

İnme, kalp krizi gibi geçirilmiş damar tıkanıklığı olan hastalarda, damar sertliği ve şeker hastalarında atardamar tıkanıklıkları da olabilir. Ani gelişen tıkanıklıkların derhal tedavi edilmesi gerekir. Böyle durumlarda bacak soluk, soğuk ve ağrılıdır. Nabızları almak mümkün değildir. Hemen cerrahi girişim uygulanmazsa dokularda beslenme bozukluğu sonucu kangren oluşur ve bacak kaybedilebilir.



Şekil 7. Ayak parmağında damar tıkanıklığına bağlı kangren oluşumu

Atardamar ve toplardamar tıkanıklıkları nadiren kollarda da ortaya çıkabilir.

#### Yaşam Bulgularının İzlenmesi

Yaşlı hastanın her gün bilinç durumu, solunum sayısı ve ritmi, nabız sayısı ve ritmi, ateşi, terlemesi, aldığı sıvı miktarı, sıvıları ve gıdaları yutması, idrara çıkış sayısı, çıkardığı idrar miktarı, idrar rengi ve berraklığı, kokusu, dışkılama sıklığı, dışkının rengi, kıvamı izlenmeli ve normalin dışındaki değişiklikler hekime danışılmalıdır.

Solunum sıkıntısı başlaması veya mevcut sıkıntının artması, hırıltılı solunum, morarma, göğüs ağrısı ve sıkışması, çarpıntı, ani solgunluk ve baygınlık gibi durumlarda hasta, hemen bir hekim tarafından değerlendirilmelidir.

Birkaç günden daha uzun süren ateş yükselmeleri ciddiye alınmalıdır. Yüksek ateşe idrar renginin koyulaşması, berraklığını kaybetmesi, kötü kokması gibi belirtiler

eşlik ediyorsa idrar yolu enfeksiyonu; öksürük göğüs yan ağrısı ve solunum sıkıntısı eşlik ediyorsa zatürree; karın ağrısı ve şişkinliği, dışkıının sıvı kıvamda ve sık olması eşlik ediyorsa barsak enfeksiyonlarını düşünmek gerekir. Özellikle bilinç bozuklukları, anlamsız konuşma ve saldırganlık gibi davranış bozuklukları da yüksek ateşe eşlik ediyorsa hemen bir sağlık kuruluşuna başvurmalıdır.

Aylık kilo ölçümleri ile hızlı kilo kaybı veya artışı izlenmelidir.

İdrar sıklığı ve miktarındaki azalmalar hastanın su kaybına uğradığının veya ödem topladığının belirtisi olabilir. Su kaybında hasta kilo kaybederken ve normal cilt gerginliği azalırken, ödem durumunda kilo artışı ve cilt altı dokunun kalınlaşması, yaygın şişlik dikkati çeker. Her iki durum da ciddi organ yetmezliklerine yol açabilir. Aşırı terleme ve ishal durumlarında hastanın daha fazla su içmesi sağlanmalıdır.

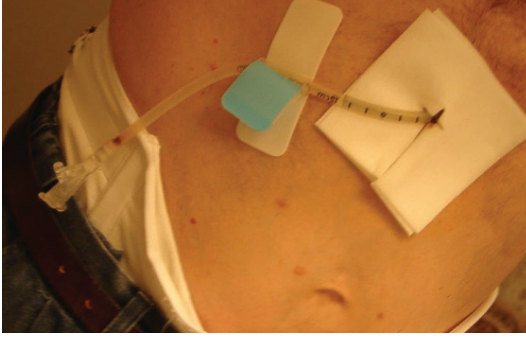
Kilo kaybında ayrıca beslenme sorunları, psikolojik bozukluklar, kanser gibi durumlar araştırılmalıdır.

### **Beslenme Sorunları**

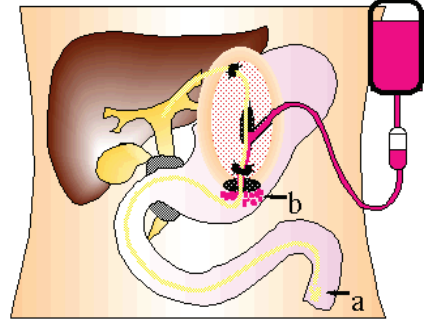
Bakıma muhtaç yaşlı hastanın beslenmesi çok önemlidir. Felçli hastalar bilinç sorunları da yaşayabildikleri için açlık tokluk duygularının farkında olmayabilirler. Aşırı beslenme ve yetersiz beslenme sık görülür. Felçli hastalarda yetersiz beslenme yanında çok acil durumlara yol açan bir diğer sorun da yutma becerisinin bozulmasıdır. Böyle hastalar salyalarını yutamadıkları için dışarı akıtır, lokmayı uzun sürede yutar veya yutkunurken öksürürler. Daha ağır yutma bozuklukları olanlar ise öksürme gibi bir belirti de vermez ve yemeği doğrudan akciğerlerine kaçırlar.

Zor yutan hastalara su ve taneli gıdalar yerine püre gibi yumuşak ve pütürsüz gıdalar verilmeli, hastayı dik oturarak yavaş yavaş beslemelidir.

Yutma sorunu ciddi olan hastalar ise kesinlikle hekime başvurmalıdırlar. Bu hastalara mideden tüp takılabilir ve böylece evde kolayca beslenmeleri sağlanır. Mideden beslenen hastalar yine mutlaka dik oturtulmalı ve her beslenmeden önce (Genellikle 4 saat ara ile beslenme önerilir) midedeki içerik hacmi kontrol edilmelidir. Midesi yeterince boşalmamış hastaların ısrarla beslenmesi durumunda, gıda ağız boşluğuna doğru geri taşıp yine akciğerlere kaçabilir.



Şekil 8. Mideye beslenme amaçlı yerleştirilen tüp



Şekil 9. Mide tüpü ile beslenme

Akciğerlere kaçan gıda parçaları aynı gün veya ertesi gün yüksek ateş ve solunum sıkıntısı ile birlikte hayatı tehdit eden ağır bir zatürree tablosuna neden olur.

### Uygun Giysi Seçimi

Yaşlı bireyin giysi seçiminde dikkat etmesi gereken başlıca ilke mevsime uygun giyinmektir. Yaz aylarında terlemeyi önleyen ve derinin havalanmasına izin veren pamuklu ve hafif giysiler tercih edilmelidir. Kış aylarında ise yaşlı bireyin deri, deri altı dokusu ve damar yapısında oluşan değişiklikler nedeniyle diğer yaş gruplarına göre daha fazla üşüdüğü dikkate alınarak ısıyı koruyan aynı zamanda havalanmayı sağlayan giysiler seçilmelidir. Dolaşımı engelleyecek şekilde vücudu sıkı lastikli giysiler ile sentetik kumaşlardan yapılan giysiler tercih edilmemelidir.

### Ayak Sorunları ve Yanlış Ayakkabı Kullanımı

Yaşlılarda birçok ayak problemi görülür. Ayak problemlerinin görülme nedenleri:

- Ayak-ayakbileği kaslarında zayıflık ve ayakbileği eklem hareketlerinde kısıtlılık
- Duyu kaybı
- Dejeneratif eklem hastalıkları
- Yanlış ayakkabı seçimi
- Bacak ve ayakta biomekaniksel yetersizlikler



Yaşlılarda yanlış ayakkabı seçimi aşağıdaki nedenler sonucu olabilir:

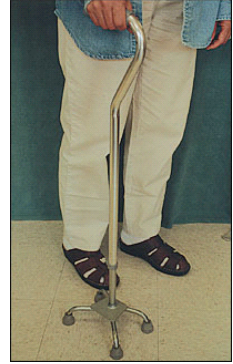
- Ayak numarası uygun olmayan ayakkabılar (büyük veya küçük)
- Yanlış ayakkabılar (topuklu, kaygan tabanlı vb.)
- Ayak mekaniğine uygun olmayan ayakkabılar
- Eskimiş ayakkabılar



Yanlış ayakkabı seçimi sonucu, çeşitli ayak deformiteleri veya ayak problemleri gelişir. Ayrıca, yürüyüşün normal ritmi bozulur ve topallama görülür. Yürüme zorlaşır ve yürüme için harcanan enerji miktarı artar. Aktivite seviyesi ve enerji harcaması zaten azalmış olan yaşlı için yürümeye karşı isteksizlik olur ve aktivite seviyesi daha da düşer. Yanlış ayakkabıya bağlı olarak ayağın yer ile temasında, yük dağılımında ve ayak bileği hareketlerinde bozukluk sonucu denge ve yürüme bozulur; düşmeler görülür.

Bu nedenle yaşlılarda görülen ayak ve ayakkabı sorunları için, öncelikle koruyucu fizyoterapiye yer verilmeli ve ayakta oluşabilecek deformiteler önlenmelidir. Bunun için özel ayakkabı ve tabanlıklar kullanılmalı, koruyucu pedleme ve ark destekleri verilmelidir. Uygun ayakkabılar, yuvarlak burunlu, lastik tabanlı, ark destekli ve yaklaşık 2.5-3 cm. topuğu olan ayakkabılardır. Ayakkabıların bağciksız, kolay giyilip çıkarılabilir olması, ayak ve ayak bileğini iyi desteklemesi gerekir. Yaşlılarda ve şeker hastalığı olanlarda görülen duyu bozukluğu, ayakta yara açılımını kolaylaştırır.

Bu nedenle özellikle diyabeti olan yaşlılar için özel ayakkabı kullanımı çok daha önemlidir; çünkü ayakta çok kolay yara açılabilir. Yaşlılarda ayak kaslarında görülen zayıflık nedeni ile ayak ve ayak bileği kaslarının kuvvetlendirilmesi, ayakta ve bacakta görülen biomekaniksel yetersizliklerin düzeltilmesi veya azaltılması da oldukça önemlidir. Gerekirse baston ve yürüteç gibi yürüme yardımcılarında ve cihazlardan da yararlanılabilir.



### Çevresel Düzenlemeler

Yaşlı insanların evlerinde sıklıkla çevresel tehlikeler bulunmaktadır. Sabit olmayan mobilya, uygun olmayan trabzanlar ve emniyetsiz basamaklar, kaygan halılar ve yıpranmış kilimler, yetersiz aydınlatma durumları özellikle ev ziyaretlerinde araştırılmalıdır.

### Genel Çevresel Tehlikeler

- Eski, sabit olmayan ve alçak mobilya
- Uygun olmayan yükseklikteki yatak ve tuvalet
- Tutunma barlarının olmaması
- Düzensiz merdivenler ve uygun olmayan trabzanlar
- Kayan halılar, eskimiş kilimler, yerleştirilmemiş kablolar
- Kayan zemin ve banyo kabinleri

- Yetersiz veya çok aydınlatma
- Bozulmuş ve düzensiz yürüme yolları

Yaşlı insanların kronik hastalıklar sonucu günlük yaşam aktivitelerinde karşılaştıkları zorluklara karşı yaşam kalitelerini geliştirmek için çevre düzenlemelerine önem verilmesi ve çevrenin güvenli hale getirilmesini sağlamak gerekir. Yaşlı kişi ve çevresi arasındaki etkileşim ileri yaşlarda tehlikeli hale gelir ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler.

- Hareketsizlik
- Yatak yüksekliği
- Uygun olmayan sandalye
- Fiziksel yardımın olmaması
- Düşme ile ilgili uyarıların çok olması
- Hareket için öneri planlarının olmaması
- Sosyal izolasyon
- Çevresel engeller (Basamaklar, kapı girişi, eşikler)

#### **Yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan;**

- Algı bozuklukları,
- Merkezi sinir sistemi hastalıkları,
- Şeker hastalığına bağlı duyu bozuklukları,
- Hareketle ağrının artması,
- Depresyon, endişe,
- Düşme korkusu hareketliliği etkiler.

#### **Çevre Düzenlemesinde Temel Hedefler**

- Güven ve emniyeti sağlamak,
- Hareketliliği artırmak,
- Yaşlıyı rahat ettirmek,
- İletişimi devam ettirmektir.





### Çevre Düzenlemesinde Potansiyel Tehlikeler

- Yetersiz aydınlatma
- Uygun olmayan renk farklılığı
- Giriş kapısını kullanımdaki zorluk
- Şaşırtıcı düzen (loş aydınlatmalı koridordaki objeler)
- Yetersiz iç aydınlatma
- Çevredeki yolların iyi aydınlatılmaması
- Zemindeki dağınık objeler
- Basamak ve merdiven kenarlarındaki trabzanlar
- Düzensiz yürüme yolu
- Emniyetsiz banyo/duşluk
- Kapı kullanımındaki zorluk
- Ev çevresindeki yürüme yolunda düzensizlik
- Sandalyeler
- Kaygan zemin
- Zemin döşemesi
- Kazalar
- Tuvaletler
- Raf yüksekliği
- Seviye farklılığı
- Emniyetsiz ayakkabı
- Mimari engeller
- Isı kontrolü
- Düzensiz mobilyalar





**A bath bench lets you sit down while bathing.**



**An elevated toilet seat and grab bars make getting on and off less difficult.**



### **Bir Yere Ulaşabilme Prensipleri**

- Hareket serbestliğinin olması
- Kullanım kolaylığının bulunması
- Hareketliliğin artması
- Yaşam emniyeti sistemlerinin olması

### **Bakım Verenler, Yaşanabilecek Sorunlar ve Baş Etme Yolları**

Yaşlıların bakımından sorumlu olan aile üyelerinin bakım sırasında karşılaştıkları fiziksel, sosyal ve ekonomik sorunları ve stresi en aza indirmeye yönelik çözüm yollarının aile üyelerine aktarılması da oldukça önemlidir. Bu nedenle ailelere eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir.

Bir başka kişiye bakmak önemli, dikkat gerektiren, sıklıkla kişinin zamanının çoğunu alan tüketici bir görevdir. Bu nedenle bakım verme sürecinde bakım verenler;

- ✓ Fiziksel sağlıklarının bozulması,
- ✓ Psikolojik,
- ✓ Sosyo-ekonomik sorunlar yaşamaktadırlar.

Yaşlı bireye bakım veren kişiler yoğun bakım süreci nedeniyle;

- ✓ Bağışıklık sistem işlevlerinde bozukluk,

- ✓ Kan basıncında yükselme,
- ✓ Kan yağ düzeylerinin yükselmesi,
- ✓ Uyku düzeninde bozulma,
- ✓ Egzersiz programlarını uygulayamama gibi genel sorunlar,
- ✓ Ağrı, bel fıtığı gibi kas-iskelet sistemi sorunları,
- ✓ Mide ağrıları, gastrit, ülser, kabızlık gibi mide ve bağırsak sorunları yaşayabilmektedirler.

Bakım verenler tüm yaşamlarının bir başka kişinin gereksinimlerini karşılamaya ayrılması, kendi özel yaşamlarına ve kendilerine zaman ayıramama nedeniyle

- ✓ Öfke,
- ✓ Çatışma,
- ✓ Benlik kaybı ve
- ✓ Depresyon gibi sorunlar yaşayabilirler.
- ✓ Bakım verenler yaşlı bireye bakmak için işini bırakma, bakım maliyeti nedeniyle maddi problemler, ev ve özel yaşam alışkanlıklarında/ düzeninde değişiklik gibi sorunlar yaşayabilmektedirler.

### **Başetmeye Yönelik Öneriler**

- ✓ Yeterli ve dengeli beslenme; uygun egzersiz ve düzenli dinlenmeye önem gösterin. Her gün düzenli dinlenme ve gevşeme için zaman planlayınız.
- ✓ Aileniz, dış dünyanız ve dostlarınızla bağınızı koruyunuz.
- ✓ Düzenli aralıklarla bakım işini üstlenmeleri için başka bakım verenler, aile üyeleri ile işbirliği yaparak kendinize zaman ayırınız.
- ✓ Hastanızın fiziksel gereksinimlerini tek başınıza karşılamayınız.
- ✓ Sağlığınız için düzenli sağlık kontrolleri yaptırınız.
- ✓ Duygularınızı kendinize saklamayınız. Duygularınızı, gereksinimlerinizi aileniz, yakınlarınız ile paylaşınız.
- ✓ Suçluluk duymadan kendi kişisel gereksinimlerinize ilgilenmek için zaman ayırınız.
- ✓ Bakım vermek konusunda yaptıklarınızla övünç duyunuz.
- ✓ Bakım yükü çok ağırlaştığında, kaldıramadığınızda hastanızı bakım evine yatırmayı planlama nedeniyle kendinizi suçlu hissetmeyiniz.
- ✓ Ekonomik yükünüzü azaltmak için bakım hizmetlerini araştırın ve yararlanınız.

### **Yaşlılıkta Aile İlişkileri**

Yaşlıların bulunduğu ailelerde aile yaşantısını güçlendirmek, aile ilişkilerini düzenlemek ve ailenin bütünlüğünü korumak amacı ile ana-babalarla çocukları arasında nitelikli ilişkilerin geliştirilmesi, birbirlerinden gerçekçi beklentilerde bulunabilmeleri ve dolayısıyla yaşadıkları stresleri azaltabilmeleri için ailelere eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir.

Devam eden sosyal ilişkiler, çocuklar ve torunlarla paylaşılan zamanlar yaşlıların bu dönemi daha sağlıklı geçirmelerini sağlayan önemli sosyal desteklerdir. Araştırma sonuçları, aile bireyleri arasındaki etkileşim ve görüşme sıklığından daha çok bu ilişkinin kalitesinin yaşlı yetişkinlerin yaşam tatminini etkilediğini göstermektedir. Bu iletişimde sıcak bağların olması, fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklardaki olumsuz etkiyi azaltmaya katkıda bulunur, benlik saygısını artırır. Başkaları ile olumlu etkileşim içinde olma ve moral kadar yaşama amacının ve yaşamdan duyulan anlamında yaşam memnuniyetiyle oldukça ilişkili olduğu saptanmıştır.

### **İş Kolaylaştırma Yöntemleri**

Yaşlılık döneminde yiyecek alışverişi, öğün planlama, giyim alışverişi-bakımı ve kullanımı, evin düzen ve bakımı, yemek hazırlama, bulaşık-çamaşır yıkama, ütü yapma gibi faaliyetlerin istenen şekilde yürütülmesi fazla zaman, insan gücü harcama veya başkalarına bağımlı olma gibi farklı sorunlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu sorunların çözümlenebilmesi için uygun çalışma alanlarının düzenlenmesi, uygun araç-gereçler, vücudun etkin bir şekilde kullanılabilmesi gibi iş kolaylaştırıcı prensipler uygulanmalıdır. Bu durum yaşlıların kişisel itibarı, kendine güveni ve ekonomik üretkenliği için önemli olduğu kadar aile bireylerinin bağımsızlığı açısından da son derece önemlidir.

### **Kaynakların Etkin Kullanımı**

Yaşlıların sahip olunan materyal ve insansal tüm kaynakların etkin kullanımı konusunda ortaya çıkan sorunlara yönelik eğitim programları, aile ve yaşlı bireylerin kaynakların kullanımı ile ilgili konularda bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirmelerini sağlayarak yaşam kalitelerinin yükseltilebilmesine katkıda bulunacaktır.

### **Boş Zaman Faaliyetlerinin Değerlendirilmesi**

Yaşlıların boş zaman faaliyetlerinde bulunması sosyal ve psikolojik refahında önemli derecede etkilidir. Bu faaliyetler kişinin kendisini ifade etmeye, hoşlanabilecekleri sosyal ilişkilere izin verdiği sürece refaha katkı sağlayacaktır. Özellikle belirgin bir hobi veya her gün düzenli yapabileceği bir faaliyetin bulunması daha başarılı bir yaşlılık dönemi geçirmelerinde yardımcı olacaktır. Bu amaçla yaşlılara boş zaman aktivitelerinin önemi ve yapabilecekler boş

zaman aktiviteleri konusunda verilecek olan eğitim faaliyetleri yaşlıların yaşam kalitelerinin artırılmasında büyük önem taşımaktadır.

### **Nereye Başvurmalısınız?**

Evde bakım ihtiyacının giderilmesine yönelik ülkemizde Sağlık Bakanlığınca ilk aşamada 2005 yılında bir yönetmelik çıkarılmıştır. Bu yönetmelikle birlikte 2005 yılından itibaren özel sağlık kuruluşları tarafından evde bakım hizmetleri verilmeye başlanmıştır. Evde bakım hizmeti verilen bu kurumların ruhsatlandırılması yine Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır.

Yaşlılarımız ve aile bireyleri tercih ettikleri takdirde ücretli olarak hizmet veren bu kurumlardan bakım hizmeti alabilirler. Bu noktada önemli olan özel kurumun çalışma ruhsatının olup olmadığına dikkat edilmesidir.

Kronik hastalıkların takibi de dahil olmak üzere koruyucu ve 1.basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından, aile hekimliğine geçilmeyen yerlerde ise sağlık ocakları vasıtasıyla verilmektedir.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti gerektiren tıbbi iş ve işlemler ise genel dal veya eğitim araştırma hastanelerimiz tarafından yerine getirilmektedir.

2010 yılı Şubat ayından itibaren Sağlık Bakanlığınca bağlı hastaneler bünyesinde Evde Sağlık Birimleri oluşturulmuştur. Bu birimlerde özellikle yatalak durumdaki yaşlı ve hastalarımıza sağlık personeli tarafından sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın sağlık hizmeti verilmektedir.

Evde bakım ihtiyacı bulunan yaşlılar veya aile bireyleri Evde Sağlık Hizmetleri Başvuru Formu ile bulunduğu il sağlık müdürlüklerine başvurarak evde sağlık hizmeti alabilir. Başvurular illerde telefon ile sözlü olarak da yapılabilir.

Evde sağlık hizmeti almak için başvuran kişilerin durumları ev ziyareti ile tespit edilir ve bireylere ihtiyacı olan sağlık hizmetinin verilmesi planlanır. Evde sunulması planlanan sağlık hizmeti, sağlık personeli tarafından, ücretsiz olarak ve sosyal güvenlik kapsamında verilmektedir.

Sağlık Bakanlığından başka Belediyeler, Özürlüler İdaresi ve Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu da yaşlılara yönelik evde bakım hizmeti veren diğer devlet kurumlarıdır. Yaşlılarımız ve aile bireyleri ihtiyaç halinde bu kurumların kendilerine evde bakım hizmeti almak için başvurabilirler.

## ÖZET

*Eğitimci, aşağıdaki bilgilerle konuyu kısaca özetler.*

Yeti yitimine uğramış yaşlıların aile içinde ve kendi ortamlarında sağlık yardımı ve bakım desteği almalarını sağlamak son yıllarda öne çıkan çağdaş bir modeldir. Günlük yaşamını sürdürmek için diğer kişilere gereksinim duyan yani bağımlı yaşlı ile ona bakan kişileri eğitmek ve yardım alacakları kuruluşları onlara bildirmek çok önemlidir. En ideal sistem sağlık ekibinin düzgün aralıklarla evdeki yaşlıya ziyaret yapması, gereksinimlerini saptaması ve uygun sağlık yardımını, bakım araç-gereçlerini, çevresel düzenlemeleri sağlamasıdır. Evde bakım ve rehabilitasyon ilkelerini uygulamak yeti kaybına uğramış yaşlının yaşam kalitesini yükseltmesini, yaşama bağlanmasını, sağlık potansiyelini en yüksek düzeyde kullanmasını sağlayacak, ayrıca onunla birlikte evde bakım veren kişilerin bilgisizlik ve kararsızlık sonucu ortaya çıkabilecek ruhsal gerginlik ve bıkkınlıklarını da en düşük düzeye getirecektir.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

*Eğitimci, aşağıdaki soruları katılımcılara sorarak konunun değerlendirmesini yapar.*

1. Rehabilitasyon nedir? Yaşlı rehabilitasyonu niçin gereklidir?
2. Yaşlılarda hareket kısıtlılıkları ne gibi durumlar sonucunda ortaya çıkar? Önlemek için neler yapılmalıdır?
3. Yaşlılarda yanlış ayakkabı seçimi ne gibi olumsuz etkilere yol açar? Ayak ve ayakkabı sorunlarına nasıl yaklaşılmalıdır?
4. İdrar kaçıran veya idrarını yapamayan hastaların bakımında nelere dikkat etmek gerekir?
5. Lokmalarını yutarken öksüren veya yutması normalden çok daha uzun süren bir hastada ne gibi sorunlar beklersiniz? Bu sorunlarla karşılaşmamak için nasıl önlemler alınmalıdır?
6. Bacak şişliği, morarması ve ağrısı olan hastada ne düşünürsünüz? Ne tür önlemler alınmalıdır?
7. Yatak yarasından korunmak için ne tür uygulamalar yapmanız gerekir?
8. Mantar enfeksiyonlarından korunmak için banyodan sonra yapılması gereken uygulamalar nelerdir?

9. Evde bakımı sağlanan kişinin fiziksel ve psikolojik olarak desteklenmesi için başvurabileceği kuruluşlar nelerdir?
- 10.Hareketsizlik sonucu kas-iskelet sisteminde hangi değişiklikler görülür?
- 11.Düşmeye neden olan kişisel ve çevresel faktörler nelerdir?
- 12.Çevre düzenlemesinde temel hedefler nelerdir?

### **KAYNAKLAR**

1. Akdemir N. “Evde Bakım Hizmetleri”. Evde Bakım Hizmetlerinin Kurumsallaştırılması Toplantısı Raporu, Antalya; 23 Eylül 2000.
2. Akdemir N. Hemşirelik Bakımı. In: Gökçe Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S (Eds). Geriatri 1. Ankara: Medokomat Basım Yayın; 1997.
3. Başar M, Görgü N. Yaşlılık döneminde işeme disfonksiyonu ve inkontinans, in:Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonda Yeni ufuklar, Yaşlı sağlığı , Arasıl T, Kutsal YG eds, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, p:347-360;2010
4. Can F, Alpaslan M. “Continuous passive motion on pain management in patients with total knee arthroplasty”. The Pain Clinic 2003, 15(4):479-485
5. Can F, Attila B, Alpaslan MA. Geriatrik hastalarda kalça çevresi kırıkları ve rehabilitasyonu, Türkiye Klinikleri,Cerrahi Tıp Bilimleri Ortopedi ve Travmatoloji, 3 (30) : 47-52, 2007
6. Can F, Erden Z, Aygül V, Bozkurt M. “Functional level in elderly patients with bilaterally total knee arthroplasty” Australian Journal of Physiotherapy 2005 Suppl 51(4):14
7. Can F, Yakut Y, Yiğiter K, Akbayrak T :Yaşlılıkta Fizyoterapi Uygulamaları (In) “Geriatri ve Gerontoloji” Arıoğul S(ed) MN Medikal & Nobel Yenişehir/ ANKARA 2006,681-701 ( 22s)
8. Can F. Omurga Artrozunda Cerrahi Olmayan Tedavi-Fizyoterapi (In)
9. Can F. “Kıkırdak sorunlarında konservatif tedavi: Fizik tedavi ,, Türkiye Klinikleri, Cerrahi Tıp Bilimleri Ortopedi Travmatoloji 2 (39):71-77,2006
- 10.Can F. “Total Kalça Artroplastilerinde Rehabilitasyon” Artroplasti-Artroskopik Cerrahi, 5(9): 30-31, 1994 Can F.: “Total Kalça Artroplastilerinde Rehabilitasyon” Artroplasti-Artroskopik Cerrahi, 5(9): 30-31, 1994



- 11.Can F. “Yaşlılarda kalça kırıklarında rehabilitasyon (in) Ateşkan Ü, Mas R, Doruk H, Kutlu M, Kocabalkan F (eds). Geriatrik Sendromlar, Gata Basımevi, Ankara, 2001, ss.221-229.
- 12.Clark GS, Siebens HC: Rehabilitation of the geriatric patient (in) De Lisa JA, Gans BM: Rehabilitation Medicine. JB Lippincott Company, Philadelphia 1993, ss: 642-665
- 13.Connidis, I.A.(2009) Family Ties and Aging.Pine Forge Press. Los Angeles
- 14.Doğan H, Değer M. Nursing care of elderly people at home and ethical implications: an experience from İstanbul. Nursing Ethics 2004; 11(6): 553-567.
- 15.Dolunay E, Yanardağ M, Can F, Demirtaş. “ Relationships in mobility, activity of daily living and quality of life in elder people living in nursing home” Australian Journal of Physiotherapy 2005 Suppl 51(4):16
- 16.Felsenthal G, Stein B.D.: “Principles of Geriatric Rehabilitation” (in) Braddom, R. (ed) Physical Medicine and Rehabilitation, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1996, ss: 1237-1257
- 17.Finlay O, Van de Meer DC, Beringer TRO. Use of gait analysis to demonstrate benefits of footwear assesment in elderly people. Physiotherapy 85(8):451-456, 1999.
- 18.Göl G. “Bayındır Hastanesi Evde Bakım Hizmetleri Projesi”. Evde Bakım Hizmetlerinin Kurumsallaştırılması Toplantısı Raporu, Antalya; 23 Eylül 2000.
- 19.Hallberg IR, Kristensson J. Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. International Journal of Older People Nursing 2004; 13(6b): 112-120.
- 20.Harison M, Cathy D. (2001) Housing social polity and difference. The Policy Press., Great Britain, April
- 21.Hazer O.(1999) Ev araç gereç ve ekipmanlarının ergonomik açıdan tasarımı. Tüketici Bülteni, Yıl: 11, Sayı 132, Ankara Temmuz.
- 22.Hill K, Murray K. Physical activity and falls prevention. In: Morris M, Schoo A, eds. Optimizing Exercise and Physical Activity in Older People, Butterworth Heinemann; 2004.
- 23.Itoh M., Lee M.H.M.: “Rehabilitation for the Aged” (in) Jackson O(ed): Physical Therapy of the Geriatric Patient: Churchill Livingstone Inc., New York, 1989

24. Kane RL, Duslander JG, Abrass IB. Essentials of Clinical Geriatrics, 4. ed., Mcgraw Hill, New York, 1999, 231-253.
25. Kane RL, Ouslander JG, Ambrass IB. Decreased vitality, in: Essentials of clinical geriatrics. Mc Graww Hill Companies, 5th ed, p:305-333; 2004
26. Kane RL, Ouslander JG, Ambrass IB. Nursing home care, in: Essentials of Clinical geriatrics. Mc Graww Hill Companies, 5th ed, p:425-454; 2004
27. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Geriatri 2002; 5(4):155-159.
28. Kelly, J.R. and Ross, J.E (1989) Later life leisure: Beginning a new agenda. Leisure Sciences 11, 47-59
29. Kırdı N, Bumin G, Kayıhan H. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi. (In)“Geriatri ve Gerontoloji” Arıoğul S (ed) MN Medikal & Nobel Yenişehir/ANKARA 2006
30. Kırdı N, Can F, Karaduman A, Bayramlar K, Ayhan Ç, Uyanık M, H Yücel, Aydın Meriç. (eds.) “The Situation of Elderly People in Turkey and National Plan of Action on Ageing” State Planning Organisation, Aralık 2007.
31. Kırdı N, Can F, Karaduman A, Bayramlar K, Ayhan Ç, Uyanık M, Yücel H, Meriç A. (eds.)” Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” Devlet Planlama Teşkilatı Yayın ve Temsil Dairesi Başkanlığı, Yayın ve Basım Şube Müdürlüğü Ankara, 2007.
32. Kırdı N, Erbahçeci F, Uyanık M, Ayhan Ç. Yaşlılık ve Egzersiz. (In)“Geriatri ve Gerontoloji” Arıoğul S (ed) MN Medikal & Nobel Yenişehir/ANKARA 2006.
33. Kırdı N, Erbahçeci F, Uyanık M, Erden Z, Yücel H, Ayhan Ç. Sağlıklı Yaşlanma ve Egzersiz. Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Grafik Sanatlar Basım, Ankara, 2005.
34. Kırdı N. “Geriatriklerde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon” (Konferans), II. Ulusal Yaşlılık Kongresi, Pamukkale Üniversitesi Kongre Merkezi, Kınıklı, Denizli, 9-12 Nisan 2003.
35. Kırdı N. “Yaşlılık ve Fizyoterapi-Rehabilitasyon” IV. Ulusal Yaşlılık Kongresi”, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi, 22-23 Kasım 2007, ANKARA, Kongre Kitabı, s. 12-28.
36. Krach P, DeVaney S, Deturk C. Functional status of the oldest old in home setting. Journal of Advanced Nursinh 1996; 24:456-467.

37. Lewis CB, Bottemley JM. "Geriatric Physical Therapy". Appleton&Lange, Connecticut, 1994, p:164-175.
38. McCormick WC et al. Attitudes towards use of nursing home and home care in older Japanese-Americans. J Am Geriatr Soc. 1996; 44(7): 769-777.
39. Pekcan H. "Evde Bakım Hizmetleri". Evde Bakım Hizmetlerinin Kurumsallaştırılması Toplantısı Raporu, Antalya; 23 Eylül 2000.
40. Soini H, Valimaki M. Challenges faced by employees in the care of elderly people. British Journal of Nursing 2002; 11(2):100-108.
41. Taylor NF, Pizzari T.: "Therapeutic exercise guidelines for the rehabilitation of older people following fracture (in) Morris M, Schoo A (eds) Optimizing Exercise and Physical Activity, Butterworth-Heinemann, Elsevier Science Ltd., London, 2004, ss:187-212
42. Thome B, Dykes AK, Hallberg IR. Home care regard to definition, care recipients, content and outcome. Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 860-872.
43. Thorson, J.A. (2000) Aging in a Changing Society. Edwards Brother Press USA
44. Turhan N. Yaşlı hastanın değerlendirilmesi. (In) Geriatrik Rehabilitasyon Çalışma Grubu Yayını. Ankara, 2010
45. Uyanık M, Karaduman AA, Can F: Yaşlılarda Düşmeler, Kırıklar ve Önlenmesi, Osteoporoz Rehabilitasyonu (In) "Geriatri ve Gerontoloji" Arıoğul S (ed) MN Medikal & Nobel Yenişehir/ANKARA 2006, Ss:339-351 (14s)
46. Wagstaff P., Coakley, D.: "Physiotherapy and the Elderly Patient", Croom Helm Ltd., Beckenham, 1988 ss: 102-115.









