

Yaşlılarda Koruyucu Hekimlik

PREVENTIVE MEDICINE IN THE ELDERLY

Selçuk Engin

Özet

Ülkemizde beklenen yaşam süresi artmaktadır. Giderek artan yaşlı nüfusun sağlık hizmetinde koruyucu hekimliğin yeri büyüktür ve özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu derleme, yaşlılara birinci basamakta verilecek koruyucu sağlık hizmetlerinde gerekli özel yaklaşımı ortaya koymaktadır.

Anahtar sözcükler: Yaşlılık, koruyucu hekimlik, birinci basamak sağlık hizmetleri

Summary

Life expectancy at birth is increasing in our country. Preventive medicine is of paramount importance for the health services of the elderly. This study aims to state the necessity of specialized approach for the elderly in primary care services.

Key words: Elderly, Preventive medicine, primary care services

Ülkemizde yaşlı nüfusun oranı giderek artmaktadır: 2003'te, nüfus 1990'a göre %24.9 artmış, 0-14 yaş grubunun nüfusu azalırken, yaşlı nüfus artmıştır. Yurdumuzda doğumda yaşam beklentisi erkekler için 1990'da %62.4'ten 2003'de %66.4'e, kadınlar için %68.7'den 71.0'e, ortalamada ise %64.2'den %66.4'e yükselemiştir.¹ Ülkemizde beklenen yaşam süresinin artışı memnuncü olmamakla birlikte, yaşlı nüfusumuzun yaşam kalitesi konusunda yeterli veri yoktur. Artan tıbbi uygulamalar ve tedavi giderleri de sorunun diğer bir boyutudur. Yaşlı organizmanın farklılıkları, yaşlılığın getirdiği sosyal sorunlar ve içinde yaşadıkları toplumun özellikleri yaşlıların sağlık sorunlarına özgün bir yaklaşım gerektirir. Sağlık hizmetlerinde en önemli unsur birinci basamak sağlık hizmetlerinin esasını oluşturan koruyucu sağlık hizmetleridir, çünkü sorunu ortaya çıkarmadan önlemek, tedavi etmeye göre hem daha kolay hem de daha ucuzdur.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu hekimlik hizmetleri birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak üç sınıfta değerlendirilir:^{2,3} Birincil koruma aşılama, diyet gibi hastalık oluşmadan alınacak önlemleri kapsar. İş ve çevre sağlığına yönelik koruyucu önlemler,

halk sağlığı uygulamalarıyla eşgüdümlü çalışma bu kapsama girer. İkincil koruma tarama yöntemleri erken teşhis ve tedavi ile mevcut sistemik hastalıkların (kanser vb.), komplikasyonlarını önlemeye yönelik takip ve tedaviyi içerir. Üçüncül koruma ise belirgin hale gelmiş hastalıkların daha da kötüleşmesini önlemeye yönelik tedbirler, komplikasyonlara yönelik tedavi uygulamaları, rehabilitasyon çalışmaları, aileye sosyal yönü ön planda olan ileri danışmanlık hizmeti verilmesini kapsar.

Kanıt Dayalı Koruyucu Hekimlik

Koruyucu hekimlik kapsamına giren öneri, araştırma ve müdahalelerde peşin hükümlerle değil, etkinliği kanıtlanmış yaklaşımlarla hareket edildiğinde, istenen sonuca daha kolay ulaşılabilecektir. Kanıt dayalı tıp konusunda artan duyarlılık, koruyucu hekimlik alanında da meyvelerini vermektedir. Buna göre A kanıt düzeyinde bir uygulama kuvvetle önerilen, etkinlik ve yararlılığı kanıtlanmış bir uygulamadır; B düzeyinde bir uygulama, hakkında vasat ya da vasatla iyi arası kanıt mevcut olup önerilen bir uygulamadır; C, yapılması da, yapılmaması da önerilmeyen bir uygulama olup yararlılığı, taşıdığı risk ya da yüksek maliyeti nedeniyle sorgu-

¹⁾ İstanbul Büyükşehir Belediyesi Şehzadebaşı Tıp Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı.

lanmalıdır; D düzeyinde bir uygulamanın yararlı olmadığı gösterilmiştir ya da riski yararından fazladır; I, uygulanması ya da uygulanmaması yönünde yeterli delil olmadığı anlamına gelir.⁴ Amerikan Koruyucu Hekimlik Hizmetleri (United States Preventive Services Task Force: USPSTF)'nin 2002 yılında yaptığı bir sınıflamaya göre örneğin koroner kalp hastalığı riski olanlarda aspirin profilaksisi A düzeyinde kanıtı olan bir uygulama iken, meme kanseri taraması B düzeyinde kanıtı sahiptir; fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi ise I düzeyinde kanıtı sahip koruyucu hekimlik uygulamasına bir örnektir.

'Beş A' kuralı:

Koruyucu tıpta hekim gözüyle gerekli görülen yeni yaklaşım olup içeriği şöyledir:

1. Anlamak: Davranışsal risk faktörleri ve değiştirilebilir yaşam tarzlarını değerlendirmek.
2. Açık ve doğrudan yönergelerle değiştirilebilir risklerle ilgili tavsiyelerde bulunmak.
3. Anlaşmak: riski azaltmak için yaşam tarzı değişikliği konusunda fikir birliği sağlamak.
4. Amaçlara ulaşmada hastaya yardımcı olmak.
5. Ayarlamalar yapmak: O yaşlıya özel bir plan yaparak uygulanmasını takip etmek.⁵

Yaşlıya Özgü ve Bireysel Koruyucu Hekimlik

Yaşlılık sağlıklı erişkinleri, kırılğan bireylere dönüştüren, fizyolojik rezervlerin azaldığı, bireyin hastalıklara daha açık, ölüme daha yakın konuma geldiği bir dönemdir. Yaşlı birey, gençler için geçerli tıbbi değerlendirmeden daha farklı bir bakış açısını ve özgün bir yaklaşımı gerektirir. Yaşlılarda hastalık kalıpları ve hastalığa yanıt gençlerden farklıdır. Ayrıca yaşlılıkta hastalık hasta ve yakınları tarafından doğal sürecin bir parçası gibi algılanması ve toplumsal yalıtım nedeniyle daha az bildirilir. Bu nedenle yaşlının "bireysel" koruyucu hekimlik yaklaşımına daha fazla ihtiyacı vardır.^{5,6} Moore ve arkadaşları yaşlıların sağlık taraması için pratik bir model geliştirme çalışmalarında, klasik değerlendirmelerde; malnütrisyon/kilo kaybı, görme ve işitme kaybı, bilişsel gerileme, enkontinans, depresyon, fiziksel kısıtlılık, ve azalmış bacak hareketliliğinin gözden kaçtığı saptamışlardır.⁷ İngiltere'de Bütçe Kontrol Komisyonunca yayınlanan ve British Medical Journal'da yorumlanan bir rapora göre, yaşlılar sağlık sigortaları gibi kamu hizmetlerinden en fazla yararlanan grup olup, en çok ihtiyaç sahibi olan yaşlılar en fazla sayıda kuruluşla muhatap olmakta, ku-

rumlar arasındaki kopukluk yaşlıların aklını karıştırmakta ve hizmet almayı zorlaştırmaktadır.⁸ Yaşlıda, çok sayıda tıbbi girişim, iyi sonuç getirmeyebilir: Hastane yatışlarında sıklıkla görülen; yaşlının işlevlerinde bağımlı hale gelişi, ilaçların istenmeyen sonuçları ve en basitinden moral çöküntüsü, tıbbi girişimden beklenen yararı ortadan kaldırbilmektedir. Burada geriyatristlerin, her yaşlıya gereksinimine uygun bakım sağlanması için danışman rolü ön plana çıkmaktadır. Böylece maliyeti arttırmaksızın, yaşam kalitesini yükselten müdahalelerde bulunulabilir. Artık yaşlılar için ayrı, "geriyatrik" bir yaklaşımın -ümit edilen kadar dramatik bir şekilde olmasa da- sonlanımı iyileştirdiği açıkça bilinmektedir. Diğer yandan, yaşlılar heterojen bir gruptur ve salt yaşa dayanarak genel geçerliliği olan yaklaşımlar geliştirilemez.^{6,8,9}

Geriyatrik Interdisipliner Ekip

İdeal olan, yaşlıların sağlık hizmetlerinin bir "Geriyatrik interdisipliner ekip" tarafından yürütülmesidir. Bu ekip; temel olarak geriyatrist, hemşire ve sosyal hizmet uzmanından oluşur. ABD'de, genel sağlık sigorta sistemi Medicare bu programı bir genel pratisyen veya geriyatrist ve eğitilmiş bir hemşire ile yürütmektedir.¹⁰⁻¹² Ülkemizde, yaygın uygulamada ekip özel eğitilmiş birinci basamak hekimi ve hemşireden oluşabilir, geriyatristten eğitim amaçlı yararlanılabilir.

Birincil koruyucu sağlık hizmetleri:

Biyopsikososyal yaklaşım

Yaşlı takibinin başarısı yaşlının bedensel, zihinsel ve ruhsal sağlığının, ailesi ve sosyal çevresiyle birlikte ele alınmasıyla mümkündür; bu amaçla ayrıntılı öykü alınarak kaydedilmelidir.

Bağışıklama:

65 yaş ve üzerindeki kişilerde her sonbaharda grip aşısı, en az bir kez pnömokok aşısı uygulanması, riskli yaşlılarda pnömokok aşısının 6 yılda bir yenilenmesi ve her 10 yılda bir dT aşısı önerilir. Yolculuklar için de ayrıca aşı programı çıkarılmalıdır.² Çocukluk çağında 5 doz tetanoz aşısı olmuş risksiz yaşlılarda 15 ila 30 yılda bir tetanoz aşısı yeterlidir.¹³

Hareketlilik:

Tüm yaşlılarda ADL (günlük yaşam aktiviteleri) ve IADL (aletli günlük yaşam aktiviteleri) skorlaması yapılmalıdır. Fiziksel performans testlerinin sadece yaşam kalitesi değil, morbidite ve mortalite üzerindeki belirleyici etkileri de güçlüdür.¹⁰

Beslenme

60 yaş üzeri kişilerde yetersiz vücut ağırlığının orta derecede şişmanlık kadar ölüm riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.¹⁴ ABD’de yapılan bir araştırma, toplumdaki yaşlıların %30’unun en az bir besin ögesinden yoksun beslendiğini ortaya koymuştur. Dahası, yaklaşık %17’sinin günde 1000 kaloriden az enerji aldığı ve sıvı alımının yaşlıların çoğunda kabul edilir düzeylerden aşağı olduğu saptanmıştır.²

Yaşla birlikte enerji gereksinimi azalır. 51 yaşından sonra erkeklerde 600 kcal/gün, kadınlarda 300 kcal/gün kadar enerji azaltılması gerekir; 1800 kcal’nin altında enerji içeren diyetlerde (pek çok yaşlı bu diyetlere uymak zorunda kalmaktadır) protein, kalsiyum, demir ve vitaminler yeterli değildir. Bu yüzden multisistemik hastalığı olan yaşlılara uygulanan diyetle ters düşmeyecek besin değeri yüksek gıdalar önerilmelidir.¹⁴ Sağlıklı bir diyet, riskli gruba girmeye yol açan meme ve kolon kanserleri, osteoporoz, ve malnütrisyon gelişme riski yanında, mortalite ve morbiditeyi de azaltmaktadır. Beslenmede az ve sık öğünler, posalı besinler, yağ tüketiminin azaltılması (günlük enerjinin %30’undan azı yağlarla karşılanmalı ve bunun en fazla %10’u doymuş yağlar olmalı), tuz (3 ila 5 g/gün) ve alkol alımının kısıtlanması ve günde 1500 mg kadar kalsiyum takviyesi önerilmektedir.^{2,15,16}

Egzersiz

Aerobik egzersizin koruyucu etkisi çok yönlüdür. Kas gücünü ve koordinasyonu, kalp debisini ve oksijen kullanımını artırır, damar direncini ve sistolik kan basıncını düşürür; metabolizmayı hızlandırarak kan lipidlerini ve vücut kitle indeksini (VKİ) düşürür. Miyokard infarktüsü, osteoporoz ve inme risklerini göreceli olarak azaltır. Düzenli aerobik egzersiz (yürüyüş, koşu, yüzme) mortaliteyi %50 azaltır. Haftada 4 ila 7 gün yürüyüşün 70 yaş üzeri işlevsel kaybı olan yaşlılarda daha ileri işlevsel bozulmayı önlediği saptanmıştır. Ağırlıkla egzersiz, düşme ve kırık riskini azaltırken kemik yoğunluğunu arttırmaktadır.^{2,16}

Yaralanmaların Önlenmesi

Düşmeler: En önemli risk faktörleri; postural hipotansiyon, ilaçlar, görme ve işitme kaybı, duruş ve yürüyüş bozuklukları, hareket kısıtlılığı, alkol kullanımı, ruhsal-zihinsel ve uyku bozuklukları, ADL kriterlerinden iki ya da daha fazlasını yapamama, önceden düşme öyküsü ile ciddi kardiyovasküler ve/veya nörolojik bozukluktur.

Trafik kazaları: Düşme ile ilgili risk grupları bu kategori için de geçerli kabul edilebilir. Sürücülerin yaşlılara yönelik eğitimi, yaşlıların araç kullanma becerilerini sıklık-

la gözden geçirmeleri, alkol ve ilaç etkisindeyken araç kullanmamaları alınacak önlemler arasındadır.

Yanıklar: Aynı nedenler yaşlıları, başta yanıklar olmak üzere ev kazalarında da riskli bir grup haline getirmektedir.

Düşme ve yanıklar için ev ortamında değişiklikler yapılması kazaların önlenmesi açısından gereklidir. Yapılan girişimlerden elde edilen sonuçlar ise son derece olumludur.^{2,15} Bunların arasında eşiklerin düzleştirilmesi, banyo ve tuvaletlerde kaymayı engelleyecek bir sistem kullanılması, tuvaletlerde tutunmayı sağlayan bir duvar desteği sağlanması, gece aydınlatmasına önem verilmesi, gece yaşlının idrara kalkmasına neden olabilecek diüretiklerin verilme saatlerinin ayarlanması, uyku sorununun çözülmesi gibi önlemler sayılabilir.

Vital Bulguların Takibi

KB, Nabız, VKİ, solunum sayısı ve vücut ısısı her ziyarette kontrol edilmelidir. Bu parametrelerde değişiklik veya ateş, yaşlılarda ciddi hastalıkların tek belirtisi olabilir.

Sistolik 160 ve diyastolik 90 mmHg üzerinde değerlerde tedaviye başlanmalıdır.^{2,13}

Kanser Tarama Testleri

Kanser taramaları, yaşam beklentisi yüksek yaşlılarda ön planda önerilmektedir. Örneğin anjiyografisinde iki damar hastalığı bulunan, unstable anjinası olan ve günde bir paket sigara içen yaşlının kanserden kaybedilmesi olasılığı çok düşüktür ve böyle bir hastada kanser taraması önerilmektedir.³ Tümör marker’ları olarak bilinen ölçümlerin de kanser taramalarında yeri yoktur. Diğer yandan bağışıklık sistemi zayıflamış olan yaşlı hastanın kapsamlı değerlendirilmesinde ve tetkiklerin istenmesinde kanser hesaba katılmadır.

A- Kolorektal kanser:

Kolon kanseri ülkemizde ve dünyada önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Batıda düşük risk grubunda 50 yaşından sonra şu üç seçenekten biri önerilmektedir:

1. Yıllık gaitada gizli kan (GGK) +5 yılda bir fleksibl sigmoidoskopi
2. 10 yılda bir pankolonoskopi
3. Çift kontrastlı kolon grafileri (5-10 yıl arayla).²

GGK taraması ve/veya sigmoidoskopi 50 yaş üzerinde 3-5 yıl arayla rutin olarak önerilmektedir. Kolon kanseri ya da polip aile anamnezi yüklü olan yaşlılarda bu aralıkla kolonoskopi önerilir. Dijital muayenenin taramada yeri yoktur. Ülkemizde yüksek riskli olgular dışında kolon kanseri taraması uygulanmamaktadır.¹⁶

B- Meme kanseri:

70 yaşına kadar kadınlarda 1-2 yıl arayla meme muayenesi ve mamografi önerilir. Kendi kendine meme muayenesi her zaman önerilmekle birlikte koruyucu etkinliği kanıtlanmış değildir.³ Yaşam beklentisi uzun olan kadınlarda 75 yaşına kadar sürdürülebilir.²

C- Serviks kanseri:

Ardışık olarak 3 pap smear sonucu normal alınana kadar 1 ile 3 yıl arayla pap testleri tekrarlanır. Habis olmayan hastalık nedeniyle total histerektomi geçirenlerde pap testleri durdurulabilir. Habis hastalığa bağlı histerektomide aynı aralıklarla tekrarlanmalıdır.^{6,12}

D- Deri kanseri:

Ülkemiz gibi güneş ışığı alan bölgeler deri kanseri yönünden daha ciddi risk altındadır. Deri kanseri taraması için uygulanan yöntem kapsamlı bir öykü alınması ve iyi bir ışık altında tüm bedenin gözden geçirilmesidir.¹⁷

E- Prostat kanseri:

Erkeklerde en sık görülen kanser olup, ileri dönemlerinde palyatif tedaviler dışında fazla seçenek kalmadığı halde, in situ dönemde prostat kanserlerinin yakalanmasının klinik önemi halen tartışmalıdır. Zira bunların çok azı invaziv kansere dönüşür.

Taramada geçerli üç yöntem: Dijital rektal muayene, PSA tayini ve transrektal ultrasonografidir. Bugün Batı ülkelerinde birinci ve ikinci yöntemlerin 50 yaştan sonra her yıl uygulanması önerilmektedir.¹¹

Yaşam Tarzı

Sigara ve alkol alımı (CAGE ölçeği) sorgulanması gereken yaşam tarzı alışkanlıklarının başında gelir.^{2,10} Yaşlılara bu alışkanlıklarını bırakmaları konusunda yardımcı olunmalıdır.

Sıvı Alımı ve Dehidratasyon

Demans ve duyu kusuru olan hastalar başta olmak üzere, yaşlılarda sıvı alımı yetersizliğine bağlı dehidratasyon ve hipernatremi riski yüksektir. İştah sorunu olan yaşlılar da yeterli gıda ve buna bağlı olarak sıvı alamayabilirler. Özellikle ileri yaşlılar çevresel nedenlere bağlı sıvı kaybına daha duyarlı olduklarından sıcaktan zarar görebilirler. En önemli dehidratasyon bulgusu, vücut ağırlığının %3 ya da daha fazlasının akut olarak kaybedilmesidir. Bunun yanında yorgunluk, aşırı halsizlik, kas krampları, baş dönmesi, hipovolemi bulguları (taşikardi ve postural hipotansiyon) dehidratasyonu düşündürmelidir. Mental durum değişiklik-

leri de hipovolemiden kaynaklanabilir. Cilt turgoru bakılacaksa iç uyluk ya da sternum üzerinden bakılmalıdır. Ağız solunumundan ve bazı ilaçlardan etkilenmekle birlikte, dilin muayenesi de yol gösterici olabilir. Hipovolemi, böbrek işlevlerini de olumsuz etkileyecektir. Yaşlıda ilaç metabolizması ve atılımı değişikliğe uğramıştır; özellikle NSAID ve ACE inhibitörü gibi ilaçlar glomerüler filtrasyon hızını (GFR) azalttıklarından kullanılan ilaçlar dikkatle gözden geçirilmelidir. Yaşlının (özellikle 85 yaş üzerinde) serum kreatinin değeri böbrek işlevlerini değerlendirmede yeterli değildir. Kreatinin değerleri aynı olan iki yaşlının GFR değerleri çok farklı olabilir. Yaşlılarda kreatin klirensi hesaplanmasında Cokroft-Gault denklemi kullanılmalıdır:

$$\text{Kreatin klirensi (ml/dk)} = 140 - \text{yaş (yıl)} \times \text{ağırlık (kg)} \times \text{serum kreatinini (mg/dL)}$$

Kas kitlesi daha az olan kadınlarda denklem sonucu 0.8 ile çarpılmalıdır.¹⁸

Kontrendikasyon olmadığı sürece, günlük ortalama 1500 ile 2500 ml arasında sıvı alımının sağlanması gereklidir. Sıvıya ulaşamama sorunu sorgulanmalı, varsa ortadan kaldırılmalıdır. Nokturi ve inkontinans da yaşlının sıvı alımını kendi isteğiyle kısıtlamasına neden olabilir. Yatmadan iki saat önce sıvı alımını durdurmak, bu sorunu kısmen çözebilir. Cilt kuruluğu, nemlendirici kremler ya da yağlar kullanılarak önlenmelidir.²

Gastrointestinal Sorunlar

Yaşlılarda işlevsel bozukluklar organik hastalıklarla aynı bulguları verebilir. Bu yüzden yaşlı bir hastada sindirim sistemiyle ilgili sorunla karşılaşan birinci basamak hekiminin farklı bir yaklaşımı olması gerekir.¹⁹ Diğer yandan, yaşlılarda fazla miktarda ilaç alınması sindirim homeostazını bozduğundan, mide yakınlıklarıyla başvuran hastada tetikler kadar, ilaçların gözden geçirilerek düzenlenmesi de önemlidir.

Ayak Bakımı

Ayaklar renk, sıcaklık, nabız, ağırlı noktalar ve fungal enfeksiyon yönünden incelenmelidir. Yaşlı hastalar uygun ayak hijyeni ve giyimi, tırnak kesimi konusunda genellikle yardıma gerek duyarlar. Ayak cildinin bütünlüğü; venöz ya da arteryel yetersizlik ve periferik nöropati hastalarında da önemlidir.² Alt ekstremitelerde periferik arter hastalıklarının erken tanısı için ayak bileğinden tansiyon ölçülerek koldan ölçülene oranlanması yararlı olabilir. Ayak bileğindeki iki arterden alınan sistolik KB ölçümlerinden daha yüksek olan, kollardan daha yüksek ölçülen kan basıncına bölünür. ABD’de üç ırktan eşit oranda olmak üzere 403 kişiyle yapılan çalışmada normal değer: 0.9-1.3 olarak saptanmış,

0.9'dan düşük oran periferik arter hastalığı kabul edilmiştir. Bu çalışmada Afro-amerikan olmak, hipertansiyon, sigara kullanımı, diyabet ve 55 yaşın üzerinde olmak risk faktörleri; olarak belirlenmiştir.²⁰

İşitme Kaybı

Yaşlılardaki işitme kaybı genelde presbiakuzi olarak adlandırılan, yüksek frekanslı seslerin işitilmesinde bilateral, ilerleyici kayıptır. Fizik muayenede 30 cm'den fısıldanan sözcüklerin %50'sini tekrarlayamayan yaşlılarda işitme kaybı düşünülmelidir. Bir geriyatrik değerlendirme ünitesinde görülen kırılğan yaşlı hastaların yaklaşık %20'sinde görme sorunu, %50'sinde işitme azalması saptanmıştır. Her iki durumun da işlevsel skalalarda bozulma ile ilişkili olduğu görülmüştür.²¹ Yaşlılarda ototoksik ilaçlardan özellikle kaçınılmalıdır. Aminoglikozid'lere bağlı ototoksisite riski yaşla artar ve önceden duyma sorunu olanlarda en yüksek düzeydedir. Böbrek işlevi bozulmuş yaşlılarda da bu grup ilaçlar daha yüksek serum değerlerine bağlı olarak daha yüksek riskle ilişkilidirler.²²

Birinci basamakta sensorinöral işitme kaybı olan bir yaşlıya yaklaşımda yüksek sesle konuşmaktan ziyade, ağır ağır konuşmak ve yakınlarına da böyle tarif etmek ve yardımcı cihazlar için uygun yere yönlendirmek fazlasıyla yararlı olacaktır.²³

Görme Sorunları

Yaşlılarda görme sorunları yalnızca katarakt ya da presbiopi ile sınırlı değildir. Senil maküler dejenerasyon gibi hastalıklar ve kronik sistemik hastalıkları olan yaşlılarda görme işlevini etkileyecek düzeyde retinopatiler olabileceği hatırd tutulmalıdır. Yaşla birlikte görme kalitesi azalmaktadır. Bunun nedeni, lensin esnekliğini kaybetmeye başlamasıyla odağın daha fazla dağılması ve kontrast algılamanın bozulmasıdır. Bu sorun ve karanlık uyumunun bozulması, yaşlıların kazalara daha çok hedef olmasını getirmektedir. Yaşlılıkta görme sorunlarının gelişme olasılığını arttıran bazı faktörler diyabet, glokom, hipertansiyon, miyopi ve steroid tedavisi olarak sıralanabilir.²

Osteoporoz

Özellikle post-menopozal kadınların sorunudur. İyi beslenemeyen, minyon yapıda olanlar daha fazla risk altındadır. Erken ve cerrahi menopoz, riski daha da artırır. Değiştirilebilen risk faktörleri ise hormonal yetersizlik, hareketsiz yaşam, D avitaminozu, kalsiyumdan fakir diyet ile sigara, alkol, kahve ve kola alışkanlığıdır.

Osteoporoz açısından yüksek risk taşıyan (direkt grafi-lerde osteoporoz saptanan; uzun süre steroid tedavisi alan

veya asemptomatik paratiroid bezi anormalliği saptanan) yaşlılarda ve sonuçlara göre tedaviye başlayabilecek ilgili post-menopozal kadınlarda kemik mineral yoğunluğu ölçümü önerilmektedir. Osteoporoz saptanan hastalarda tedavinin en önemli kısmı kalsiyum (1500 mg/gün) ve D vitamini replasmanıdır. D vitamini eksikliği patolojik kırık için kalsiyum eksikliğinden daha belirgin bir risk faktörüdür. Elleri, kollar ve yüzün günde 15 dakika güneşe maruz bırakılmasının yeterli olduğu bildirilmiştir. Kalça ve dirsek kırığı riskini azalttığı gösterilmiş olan hormon replasman tedavisi (HRT) artık ilk tercih değildir; bazı araştırmacılar taşıdığı riskler göz önüne alınarak ideal tedavi olarak önerilecek grubun perimenopozal ya da daha genç post-menopozal kadınlarla sınırlandırılmasını önermektedir. Bifosfonatların kalça, omurga ve dirsek kırığı riskini azalttığı kanıtlanmıştır. Haftada bir kullanılan şeklinin piyasaya sürülmesi bu ilaçları daha elverişli hale getirmiştir. Seçici östrojen reseptör modülatörleri omurga kırıklarının önlemede yararlı olabilir, ancak menopozal yan etkilerde artışla ilişkili olması kullanımını sınırlandırmaktadır.

Patolojik Omur Kırıkları

Ani başlangıçlı bel ya da sırt ağrısı, yüksek riskli hastalarda patolojik vertebra kırıklarını düşündürmelidir. Bundan korunmak için uzanma, ani eğilme ve özellikle merdivenlerden inerken yük taşımaya karşı hasta uyarılmalıdır. Aktif önlem olarak diyetle ve güneş ışığıyla D vitamini replasmanı, düşmeyi önlemeye yönelik çevresel tedbirlerin alınması, mobilizasyon ve güçlendirme egzersizleri ve seçilmiş olgularda HRT düşünülmelidir.^{2,4,23}

Sonuç

Toplumumuzun sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığı ve sağlık bilinci konusunda istenen düzeye ulaştığı söylenebilir. Bu durumdan da en çok kadın, çocuk ve yaşlılar gibi, özel sağlık sorunlarına sahip olmasına karşın ihmal edilen gruplar etkilenmektedir. Özellikle yaşlılar, yaşadıkları pek çok sağlık sorununu yaşlanmanın doğal sonucu gibi kabul ederek kendileri de sağlık sorunlarını ihmal etmektedirler. Tıp eğitiminde geriyatrinin ayrı bir başlık altında ele alınmaması ve ilk başvuru hekiminin elinde standart bir algoritma bulunmaması sonucu, yaşlının özgün sağlık sorunlarına yaklaşım eksik kalmaktadır. Bu sorunlar sanayileşmiş ülkeler için de kısmen geçerlidir. Diğer yandan, yaşlılarda bireysel farklılıklar esnek bir birinci basamak yaklaşımın oluşturulmasını zorunlu hale getirmektedir. Yaşlanmaya dair bilgilerimiz arttıkça, salt yaşa dayanarak hangi bakım standartlarının uygun olduğunu bilebileceğimiz görüşü güncelliğini kaybetmektedir.⁶ Sağlık sistemimizde yaşlılara et-

kin bireysel koruyucu hekimlik hizmeti verilmesi için örgün tıp eğitimi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde düzenlemelerin yapılması yararlı olacaktır.

Kaynaklar

1. **T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri** <http://nkg.die.gov.tr/goster.asp?aiile=1> adresinden 01/05/2003 tarihinde erişilmiştir.
2. **Bross MF, Tryon AF.** Preventive care of the older adult (>65 years) Family Medicine'de. Ed. Rudy DR, Kurowski K. Egypt, Williams-Wilkins, 1998; 741-50.
3. **Davis LE, Vega C.** Individualizing preventive approaches in the elderly. <http://www.medscape.com/viewprogram/2112> adresinden 22/03/2003 tarihinde erişilmiştir.
4. **Berg AO.** Practical and evidence-based Preventive care: Guidelines from the US Preventive Services Task Force III Program and abstracts of the American Academy of Family Physicians 2002 Scientific Assembly; San Diego, California. *October* 16-20, 2002; 38.
5. **Williams ME.** Approach to managing the elderly patient. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology'de. Ed. Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG. 4. baskı. New York, McGraw-Hill, 1998; 249-54.
6. **Roth ME.** Putting prevention into geriatrics. Program and Abstracts of the American Academy of Family Physicians 2002 Scientific Assembly San Diego, California, 2002; 370.
7. **Moore AA, Siu AL.** Screening for common problems in ambulatory elderly: Clinical confirmation of a screening instrument. *Am J Med* 1996; 100: 438-43.
8. **Mayor S.** Better coordination is needed in services for older people. *BMJ* 2003; 326: 680.
9. **Campion EW.** Specialized care for older patients. *N Engl J Med* 2002; 346: 874.
10. **Abrams WB, Beers MH, Berkow R.** Comprehensive geriatric assessment. Merck Manual of Geriatrics. 2. baskı. Merck&Co, 1995; http://www.merck.com/mrkshared/mm_geriatrics/sec1/ch4.jsp adresinden 01/05/2003 tarihinde erişilmiştir.
11. **Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F ve ark.** A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Eng J Med* 2002; 346: 905-12.
12. **Colenda CC, Sherman FT.** Managed Medicare: An overview for the primary care physician. *Geriatrics* 1998; 53(1): 57-63
13. **Abrams WB, Beers MH, Berkow R.** A.g.e. Recommended clinical preventive services. http://www.merck.com/mrkshared/mm_geriatrics/tables/5t1.jsp adresinden 12/07/2004 tarihinde erişilmiştir.
14. **Yüzbir N.** Yaşlıda Beslenme. Geriatrik hasta ve sorunları'nda. Ed. Beğler T. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu, 9. İstanbul, 1998; 113.
15. **Abrams WB, Beers MH, Berkow R.** A.g.e. Prevention of frailty. http://www.merck.com/mrkshared/mm_geriatrics/sec1/ch5.jsp adresinden 12/07/2004 tarihinde erişilmiştir.
16. **Abrams WB, Beers MH, Berkow R.** A.g.e. Exercise and nutritional recommendations for the prevention of frailty. http://www.merck.com/mrkshared/mm_geriatrics/tables/5t2.jsp adresinden 12/07/2004 tarihinde erişilmiştir.
17. **Demir G.** Kanser tarama testleri. Güncel Klinik Onkoloji'de. Ed. Serdengeçti S, Demir G. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 37 İstanbul, 2003; 147.
18. **Larson K.** Fluid Balance in the Elderly: Assessment and Intervention - Important Role in Community Health and Home. *Care Nursing Geriatr Nurs* 2003; 24: 306-9.
19. **Newton JL.** Care of the elderly with gastrointestinal problems in family practice. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2001; 15: 1013-25.
20. **Collins TC, Petersen NJ, Suarez-Almazor M, Ashton CM.** The prevalence of peripheral arterial disease in a racially diverse population. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1469-74.
21. **Lin MY, Gutierrez PR, Stone KL ve ark.** Vision impairment and combined vision and hearing impairment predict cognitive and functional decline among older women. *J Gen Intern Med* 2002; 17 (suppl): 179.
22. **Abrams WB, Beers MH, Berkow R.** A.g.e. Antimicrobial drugs. http://www.merck.com/mrkshared/mm_geriatrics/tables/133t1.jsp adresinden 12/07/2004 tarihinde erişilmiştir.
23. **South-Paul J.** Osteoporozis: Evaluation and treatment. Program and abstracts of the American Academy of Family Physicians 2002 Scientific Assembly; San Diego, California 2002; 8.

Geliş tarihi: 25.05.2004

Kabul tarihi: 29.11.2004

İletişim adresi:

Dr. Selçuk Engin
Şehzadebaşı Tıp Merkezi
(eski Belediye Sarayı yanı)
Vezneciler-İSTANBUL
Tel: (0212) 455 15 50
Faks: (0212) 252 42 85
e-posta: selcukengin@fastmail.fm