

Prof. Dr. Yeşim GÖKÇE KUTSAL

H.Ü. Tıp Fakültesi, FTR Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

H.Ü. Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi-GEBAM Müdürü

www.gebam.hacettepe.edu.tr

YAŞLANAN DÜNYANIN YAŞLANAN İNSANLARI

GİRİŞ

Tıp, bilim ve teknoloji üçgenindeki gelişmeler ve doğum oranlarındaki azalma, toplumların yaşlanmasında temel taşı oluşturmuştur. Özellikle kalp hastalıkları ve inmeye bağlı mortalitedeki düşüş, sigara, yüksek kan basıncı ve yüksek serum kolesterol düzeyi gibi risk faktörlerinin kontrol altına alınmaya başlanmış olması sağ kalımdaki artışı sağlamıştır.

1990 yılında dünya nüfusunun % 9 dan fazlasını oluşturan yaklaşık yarım milyar insan 60 yaş ve üzerinde idi. Günümüzde dünyadaki gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzerinde 146 milyon insan olduğu tahmin edilmektedir ve bu yaş grubunun 2020 de 232 milyon civarında olacağı, 2030 yılında ise 1.4 milyara ulaşacağı ön görülmektedir. Yaşlı kadınların yaşlı erkeklere oranı genelde 1.5:1 iken, 90 yaş ve üzeri bireyler söz konusu olduğunda oran 3:1 dir. En hızlı artan popülasyon 85 yaş ve üzerindeki gruptur. ABD de 2020 yılı itibariyle popülasyonun 1/5 i 65 yaş ve üzerindeki bireylerden oluşacaktır. Dünya üzerinde yaşlı popülasyondaki artışın büyük kısmı gelişmekte olan ülkelerde, yarıdan fazlası Asya'da ve dörtte birinden büyük bir kısmı da Çin'de olacaktır.

Türkiye'de son yirmi yılda doğurganlık oranındaki azalma, nüfus kompozisyonunda önemli değişikliklere neden olmuştur. 65 ve yukarı yaştakilerin oranı 2005 yılında %5.9 a ulaşmıştır ki bu 4.249.100 kişi demektir. DPT tarafından hazırlanan projeksiyonlar; 2005

yılında 6.147.000 olan 60 yaş ve üzerindeki kişilerin sayısının, 2015 yılında 8.442.700, 2025 yılında ise 12.055.400 olacağını bildirmektedir. Türkiye'de hayatta kalma beklentisi 2005 yılı itibari ile 70.8 yıl iken, 2015 de 72.3 yıl, 2023 de ise 74.1 yıl olacağı ön görülmektedir.

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

Yaşlanma süreci

Yaşlı bir kişinin değerlendirilmesi aşamasında öncelikle normal yaşlanmanın ve patolojik değişikliklerin farkının bilinmesi gerekir. Yaşlanma ile ilgili olarak bazı teoriler öne sürülmüştür:

-Serbest radikal teorisi: Serbest radikal reaksiyonları ile makromoleküllere hasar akümüasyonu olmaktadır. Enzim aktiviteleri azalmakta, oksijen ve besinlerin hücre membranını aşması imkansız hale gelmektedir.

-Genetik teori: Hücre popülasyonlarının genetik kodlarındaki programa bağlı olarak sınırlı sayıda replikasyon yetenekleri vardır.

-Kontrol teorisi : Homeostatik dengeden sorumlu olan; immün ve nöroendokrin sistemlerdeki değişiklikler sonucunda; T hücrelerinin fonksiyonu azalmakta, nörotransmitterlerin ve hormonların (özellikle; hipotalamus, pitüiter ve tiroid bezlerin) fonksiyonu azalmaktadır.

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

Yaşlanmanın karakteristik özellikleri:

1-Organ sistemlerinin rezerv kapasitelerinde azalma (özellikle stres periyodlarında belirginleşme), **2-Homeostatik kontrolde azalma** (termoregülasyon sisteminde bozukluk, baroreseptör duyarlılığında azalma), **3-Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinde azalma** (pozisyon değişikliği ile ortaya çıkan ortostatik hipotansiyon, değişen ısıya adaptasyonda zayıflık), **4-Stres cevap kapasitesinde azalma** (ateş, anemi). Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan ve giderek artan bu kayıpların sonunda; kişi hastalıklara ve yaralanmalara karşı korunmasız bir hale gelmektedir.

Yaşlı hastaya yaklaşım

Günümüzde eskiye oranla daha uzun bir ömür sürme şansına sahip olmanın yaşam kalitesi artmadan bir anlamı olmayacağı ve sağlık beklentisinin yaşam beklentisinden çok daha önemli olduğu vurgulanmaktadır. Dolayısıyla genç popülasyonda tıbbın hedefi tedavi iken; geriatric popülasyonda esas hedef hastaların yaşam kalitesinin korunmasıdır. Sağlık çalışanları açısından yaşlıların işlevlerinin sürdürülmesi için, bu yaş gruplarında görülen semptomların azaltılabilmesine odaklanmalı ve öncelikle sağlık çalışanları ve yaşlı hasta ilişkisine özen gösterilmelidir.

Temel ilkeler

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

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

2-Hastalıkların prezantasyonu non spesifiktir. Ya-taktan çıkmama, yememe gibi sadece non spesifik yakınmalar olabilir.

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

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

5-Yaşlılarda polifarmasi-çoklu ilaç kullanımı oranı yüksektir. Öykü alınırken yaşlı hasta tarafından kullanılan ilaçların tümünün hekimi tarafından görülmesi ve bilinmesi önemlidir. Reçetesiz ilaç kullanım oranı yüksektir ve ayrıca genellikle hastanın aldığı ilaç türü/ dozu ile ona reçete edilen ilaç türü/dozu arasında farklar vardır.

Yaşlı hastanın değerlendirilmesi

Yaşlı hastanın değerlendirilmesi aşamasında işitsel, görsel ve algılamadaki bozukluklar ilk aşamada ele alınmalı, yardımcı cihaz kullanıp kullanmadığı sorulmalı ve eğer kullanıyorsa cihazın uygun olup olmadığı irdelenmelidir. Genellikle yaşlı hastanın bellek eksikliği veya demansı olduğundan bir aile üyesinin veya hastanın bakımını üstlenen kişinin öyküyü teyid etmesi yararlı olacaktır. Bir diğer önemli nokta da yaşlının beslenme özelliklerinin belirlenmesi ve uygunluğunun değerlendirilmesidir. Hastaların

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

Yaşlılarda komorbiditenin düzeltilmesi

1-Medikal konular;

A-Tıbbi durumun yeniden gözden geçirilmesi

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

B-İlaç yan etkilerinin önlenmesi

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

C-Hipotansiyon

Yaşlılarda kısa süreli yatak istirahatinden sonra bile ortostatik hipotansiyon oluşabilmektedir. Hastanın özellikle kullandığı ilaçlar (nitratlar, antihipertan-

sifler, levadopa, diüretikler, fenotiazin, trisiklik anti-depresanlar) sorgulanmalı, otonomik disfonksiyon değerlendirilmeli (pupiller yanıt, anormal terleme, SSS hastalığı, Valsalva manevrasına yanıt) veya sıvı kaybı, aldosteron veya kortizol düzeylerine yönelik laboratuvar incelemeler yapılmalıdır.

2-Mental ve emosyonel durum;

A-Depresyon

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

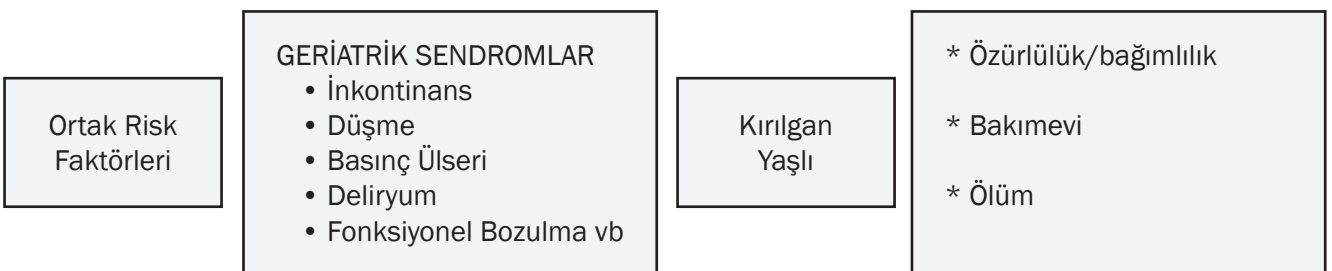
B-Anksiyete (sınırdaki bir anksiyete hastaneye yatış aşamasında alevlenebilir)

C-Deliryum (Uyku bozuklukları, halusinasyon ve ajitasyona neden olabilir)

D-Demans (%50-60'ı Alzheimer'a, %20 si multienfarkta bağlıdır. Geriye kalanlar potansiyel olarak geriye dönüşü olabilecek olan; subdural hematoma, beyin tümörüne, okült hidrosefaliye, sfilize, hipotiroidiye, hipertiroidiye, hiperkalsemiye, vitamin B 12 veya Niasin yetersizliğine, ilaç toksisitesine, depresyona veya kardiyak, renal hepatik yetmezliğe bağlı olabilmektedir).

Geriatric sendromlar

“Geriatric Sendrom”; multipl etiyolojik faktörlerin etkisiyle, patogenetik yolların birbirini etkilemesi sonucu farklı klinik tabloların birleşmesi ile ortaya çıkan hastalık durumu olarak belirtilmektedir. Şekilde görülen tüm faktörler birbirleri ile sıkı ilişki içindedirler



1-Inkontinans

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

İleri ürolojik, jinekolojik ve ürodinamik değerlendirme gereken durumlar

- Son 6 ayda pelvik bölgeye veya alt üriner sisteme cerrahi veya radyasyon
- Son 12 ayda iki veya daha fazla semptomatik üriner sistem enfeksiyonu
- Fizik muayenede pelvik prolapsus saptanması
- US veya kateter ile işeme sonrası 200 ml'den fazla idrar ölçülmesi
- 14 numara üriner kateterin takılmasında zorluk
- Prostat loblarında asimetri, genişleme, endurasyon görülmesi
- Enfeksiyon olmadan tekrarlayan mikroskopik incelemede her sahada 5'den fazla eritrosit
- Yeterli davranış ve ilaç tedavisinden sonra kalıcı ve rahatsız edici semptomlar

2-Uyku bozuklukları

Hastane ortamı (vital bulguların sık kontrolü, diğer hastaların ve hastanedeki cihazların gürültüsü, veya kronik hastalığın neden olduğu depresyon) uyku bozukluğuna yol açabilmekte ve yaşlı hastanın gün boyunca halsiz kalmasına neden olmaktadır. Uyku bozukluğuna eşlik eden başkaca patolojilerin olup olmadığı da mutlaka araştırılmalıdır. Deliryum, ilaç toksisitesi, depresyon, anksiyete, huzursuz bacak sendromu, kronik ağrı sendromu, semptomların gece belirginleştiği konjestif kalp yetmezliği veya anjina varlığı araştırılmalıdır.

Kronik uykusuzluğun nedenleri

1. Primer Spesifik Uyku Hastalığı

Sirkadiyen ritm hastalığı, uyku apnesi, rahatsız bacak sendromu, Periyodik ekstremite hareket bozukluğu, REM-davranış bozukluğu

2. Fiziksel Hastalık

Ağrı (artrit, muskuloskeletal hastalıklar), Kardiyo-vasküler (kalp yetmezliği, anjina, gece dispnesi), Pulmoner (KOAHA, alerjik rinit), Gastrointestinal (reflü, ülser, konstipasyon, diare), Üriner (noktüri, inkontinans), SSS (inme, Parkinson, Alzheimer, nöbetle ilişkili hastalıklar), Psikiyatrik (anksiyete, depresyon, deliryum, psikoz), Kaşıntı, Menopoz (sıcak basması)

3. Davranış özellikleri (ağır yemek, egzersiz eksikliği, sedanter yaşam, gün içi uyuma, yatağa erken gitme, yatakta okuma-tv izleme alışkanlığı)

4. Çevre (Gürültü, ışık, ısı, rahatsız yatak, güneş ışığı vb)

5. İlaçlar (SSS stimulan, antidepresan, anti-parkinson, antikolinergik, histamin, dekonjestan, bronkodilatör, alkol, bitki ilaçları, stimulan laksatif)

3-Ağrı

Yaşlılarda sık rastlanan ağrılı durumlar (kanser dışındakiler) :

A-Damarsal kökenli ağrılar:Otoimmün hastalıklar: Temporal Arterit,İskemik hastalıklar: Anjina Pektoris, Periferik vasküler hastalıklar,Tıkayıcı hastalıklar: Arteriyel veya Venöz tıkanıklıklar

B-Nörojenik kökenli ağrılar:Sinir kökü irritasyonları, Periferik nöropatiler, Postherpetik nevraljiler, Talamik sendrom

C-Kemik kökenli ağrılar: Senil osteoporoz, Paget hastalığı

D-Eklem kökenli ağrılar: Osteoartrit, Servikal-Lumbal spondiloz, Eklemleri tutan diğer hastalıklar

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

F-Viseral kökenli ağrılar: Peptik ülser veya hiatal herni, Kolelitiyazis , Divertiküller, Spastik kolon, Konstipasyon, Hemoroid

4-Düşmeler

Yaşlılardaki pek çok fizyolojik kayıp düşmeye neden olabilmektedir. Bunların başında: görsel algıda bozukluk, postural instabilite, hareketsizlik, ortostatik hipotansiyon, alt ekstremitelerde kuvvetsizlik ve vertigo gelmektedir. Bu kişisel faktörlerin yanında yaşlılarda düşmeye neden oluşturabilecek çevresel faktörler, ilaç yan etkileri, diğer akut ve kronik hastalıklar, depresyon, apati ve konfüzyon da göz önüne alınmalıdır.

Değerlendirmede dikkat edilecek noktalar:

-Yılda en az bir defa, kişiye düşüp düşmediği sorulmalıdır.

-İleri yaştakiler "Get up and Go test" gibi bir test ile değerlendirilmeli ve sorun saptanırsa ileri değerlendirmeye geçilmelidir.

-Eğer kişinin 1 veya daha fazla düşme öyküsü, düşmeye neden olacak ilacı, denge veya yürüme problemi varsa konunun uzmanı tarafından değerlendirilmelidir.

Düşme değerlendirilmesinde; düşme koşulları, ilaçlar, akut ve kronik medikal problemler, görme bakışı, mobilite seviyesi, yürüme ve denge durumu, alt ekstremitelere eklem fonksiyonları, basit nörolojik muayene (mental durum, kas gücü, alt ekstremitelere periferik sinirleri, derin duyu, refleksler, kortikal, ekstrapiramidal ve serebellar fonksiyon testleri), basit kardiyovasküler değerlendirme (tansiyon, nabız, ritm, postural nabız, eğer uygunsa karotik sinus stimülasyonu ile nabız ve tansiyon yanıtı) ele alınmalıdır. Bu aşamada basit laboratuvar incelemeleri, durumu değerlendiren test (Tinetti denge testi, time up go test, get up and go test, mobilite testleri) ve anketler yararlı olabilir.

5-Malnütrisyon

Yaşlı hastalarda karşılaşılan genel bir problemdir. Düşük kalori ve protein alımı sonucu ortaya çıkar. Tehlikeli boyutlara ulaşıldığında hastanede kalış ve komplikasyonlarla karşılaşılır. Yaşlı grupta, gastrointestinal sistem bozuklukları, kardiyovasküler bozuk-

luklar, baskılanmış immun sistem, kanser, endokrin problemler, uykusuzluk ve depresyon başta olmak üzere psikolojik sorunlar sonucu kişinin beslenme durumu değişiklik gösterir ve bazen bu değişiklikler sorun yaratacak boyutlara gelir. İleri yaşta azalmış sindirim ve emilim kapasitesi, azalmış tat ve koku duyusundan dolayı daha az yemek yendiği belirtilmektedir. İleri yaşlarda ortaya çıkan azalmış kalori gereksinimi, bozulmuş glikoz toleransı, serum trigliserid ve kolesterol seviyelerinde yükselme, yüksek biyolojik değerlerdeki protein gereksinimi, susama yokluğu gibi metabolik değişiklikler de göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle yalnız yaşayan yaşlılarda bu soruna daha sık rastlanmaktadır. Gereklili önlemlerin zamanında alınması, oluşabilecek komplikasyonları önleyecektir.

6. İhmal sendromu

İleri yaş kişilerde sağlık ve temizliğe dikkat etmeme, yeteneksiz veya isteksizlikten ileri gelen sorunlar gibi karmaşık davranış spektrumu ile kendini gösteren bir tablodur. Demans depresyon, obsesif bozukluk, alkolizm gibi psikiyatrik ve medikal problemler, neden olan veya katkıda bulunan faktörler olarak düşünülmektedir. Bu sendromun, mental hastalığı olan gençlerde görülen kendine bakım ve davranış sorunlarından farklı bir durum olduğu düşünülmektedir. Medikal (anemi, enfeksiyon, obezite, malignite, kalp yetmezliği, inme, görme-işitme problemleri) ve psikiyatrik (depresyon, şizofreni, alkolizm, anksiyete) pek çok sorunun tetikleyici olabildiği söylenebilir. Diğer geriatrik sendromlarla ilişkisine bakıldığında, kognitif yetmezlik ve depresif semptomlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu hastaların fonksiyonel kapasitelerinde azalma görülse de bunun sendrom ile ilişkisi açık değildir.

Yaşlılıkta koruyucu hekimliğin temel ilkeleri

Yalnızlıktan korunma, iş-uğraşı olanaklarının sağlanması, Fiziksel etkinliklerin, egzersizlerin sürdürülmesi, Beslenmeye dikkat edilmesi (Yaşlılar ekonomik nedenlerle, eğitimsizlik nedeni ile, dış sorunlarından dolayı veya mental bozukluklar nedeni ile yeterli beslenemeyebilirler), Kazalardan korunma, Ayak bakımı, Sigaranın bırakılması, Aşılama programları (Pnömonokok, İnfluenza, Virüs), Kanser taramaları, Görme ve işitmenin korunması, Nöropsikiyatrik

işlevler (Yaşlılarda bir yakının kaybedilmesi, hastalık nedeniyle evden çıkamama, hastaneye yatırılma bu işlevlerde yitime neden olur), Anemi (kansızlık) araştırılması (Yaşlılarda anemi oranı %2 dir. Gizli kanama odağı, malnutrisyon yani beslenme bozukluğuna veya gizli enfeksiyona bağlı olabilir).

Yaşlı bireylere yönelik taramaların kapsamında; serum Lipid ve Kolesterol incelemeleri, osteoporoz açısından radyolojik değerlendirme, kemik yoğunluk ölçümleri, kan ve idrar incelemeleri, cilt kanseri danışmanlığı, işitme kaybına yönelik taramalar, hipertansiyon kontrolü, Pap smear, glokom ve vizüel keskinlik testleri, prostat taramaları, meme kanserine yönelik taramalar, kolon kanserine yönelik taramalar yer almalıdır.

Yaşlılarda acil müdahale gerektiren durumlar

1-Göğüs ağrısı: Koroner arter hastalığı, Torasik aorta diseksiyonu , Pulmoner emboli; Pnömotoraks, Perikardit, Akut kolesistit, Peptik ülser, Özofajit Herpes zoster, Kas ve iskelet sistemine ait patolojiler olabilir.

2-Senkop: İlaçlar (Diüretikler, hipertansifler, nitratlar, kalsiyum kanal blokerleri, antiaritmikler, antidepresanlar, antipsikotikler, B-blokerler, dijital), Vazovagal senkop , Miyokard infarktüsü, Kardiyak Aritmi, Nöbetler, Aort stenozu, Hipertrofik kardiyomiyopati, Pulmoner hipertansiyon, Ortostatik hipotansiyon olabilir.

3-Gastrointestinal sistem kanaması: Üst GIS için: Gastrik ülser, Duodenal ülser, Özofajit olabilir. Alt GIS için: Divertikülozis, Vasküler ektazi, Radyasyon proktitisi, Kolorektal kanser, Kolon polipleri olabilir.

4-İnfeksiyonlar; Üriner enfeksiyon, Pnömoni

5-Termoregülasyon bozukluğu: Hipotermi veya Hipertermidir.

Geriatrik Rehabilitasyon

Beklenen yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlı popülasyonun giderek artması; gerek fiziksel yetilerin kaybı, gerekse bu yaş grubunda görülen kronik ilerleyici hastalıklara bağlı olarak gelişen yeti kayıpları geriatrik rehabilitasyona verilen önemi daha da arttırmaktadır. Yaşlı bireylerin kaybettikleri fiziksel yetilerini tekrar kazandırmak, günlük yaşamda

bağımsız veya en az bağımlı hale getirmek, fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan yaşam kalitesini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak rehabilitasyonun ana hedeflerini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık güvencesine kavuşabilme, mevcut sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması, yataklı ve temel koruyucu sağlık hizmetlerinin tatmin edici bir düzeye ulaşması, doğal olarak hem yaşam süresini uzatacak, hem de yaşam kalitesini arttıracaktır. Sağlık çalışanlarının yaşlanan nüfusun gereksinimlerini en iyi şekilde karşılamak üzere eğitim almaları ve deneyim kazanmaları; yaşlı bireylerin toplum içinde aktif olmalarına ve aktif yaşlanma şansına ve hakkına sahip olmalarına önemli bir katkı sağlayacaktır. Yaşlıya yaklaşımda değişik mesleklerin sadece kendi bilgi ve deneyimleri değil, ayrıca bunların çok yönlü paylaşımı da yararlı olacaktır. Yaşlılarda yeti kaybına ve özür lülüğ e neden olan durumlar: 1-Kalça kırıkları, 2-Artritler ve eklem replasmanları, 3-İnme ,4-Amputasyon , 5-Spinal kord zedelenmesi, 6-Travmatik beyin hasarıdır.

Yaşlılık ve üretkenlik

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı; “Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak tanımlamıştır. Yaşlanmanın üreticiliği ne oranda etkilediği ise çoğu zaman tartışma konusu olmaktadır, çünkü bilindiği gibi birçok sanat, felsefe ve bilim yapıtı 65 yaşın üzerindeki kişilerce yaratılmıştır. Örneğin; fizikçi Max Born (1882-1970)’un 83 yaşında yazdığı “Doğabilimcilerin Sorumluluğu”, coğrafyacı Alexander Von Humbolt (1769-1859)’un 89 yaşında yazdığı beş ciltlik “Kosmos”, filozof Martin Buber (1878-1065)’in 76 yaşında yazdığı “Dialogun Prensipler Üzerine Dersler”, filozof Bertrand Russel (1872-1970)’ın 96 yaşında yazdığı “Felsefe Sanatı”, müzik dehaları Guisepe Verdi (1813-1901)’nin 80 yaşında yazdığı “Falstaff (opera)” ve Igor Stravinski (1882-1971)’nin 84 yaşında yazdığı “Dini Mersiyeler” ile 92 yaşında ölene dek üreten Pablo Picasso (1881-1973)’nun eserleri bunlardan sadece birkaçıdır.

Görüldüğü gibi, beş duyudakiler başta olmak üzere bazı yetersizliklerin ortaya çıkmasına karşın ilerlemiş yaşın en büyük avantajı “kristalize” yeteneklerin gelişmiş olmasıdır. Bu yetenekler insanın yaşamı boyunca geliştirdiklerinin özüdür ve yaşlılık bir anlamda “Aktif ve Bilinçli” bir yaşamın başlangıcıdır.

Kaynaklar:

- 1-Arslan Ş,Atalay A,Gökçe-Kutsal Y:Drug use in older people.J Am Geriatr Soc 2002; 50:1163-1168.
- 2-Arslan Ş,Gökçe-Kutsal Y:Geriatrı ve Etik.In:Yaşama dair etik bir bakış.Ankara Tabıp Odası yayınları, Ankara, 2002,s:112-132.
- 3-Clark GS, Siebens HC: Geriatric Rehabilitation.In : De Lisa J(Ed): Physical Medicine and Rehabilitation. Lippincott Williams Wilkins, USA, 2005, pp:1531-1560
- 4-Gökçe Kutsal Y,Çakmakçı M, Ünal S (Eds). Geriatri, Cilt 1 ve 2, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997, s:396-413.
- 5-Gökçe Kutsal Y: Neden Geriatri. Geriatri 2000 Sempozyum Kitabı, Ankara Tabıp Odası yayınları, Ankara,2000,s:39-41.
- 6-Gökçe-Kutsal Y,Aydın E,Güç O,Güler Ç:Geriatri. Hacettepe Tıp Derg 2000;31 (1): 40-58.
- 7-Gökçe Kutsal Y: Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni , 2003;24(3-4):1-6 .
- 8-Gökçe-Kutsal Y:Yaşlılarda analjezik ve antiinflamatuvar ilaçların akılcı kullanımı. In:Gökçe-Kutsal (Ed) Geriatri 2002,Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2002,s:173-179.
- 9-Gökçe Kutsal Y,Bal S: Yaşlılık ve Kadın Sağlığı, Akın A (Ed):Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, HÜKSAM Yayını,Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2003, s:191-208.
- 10-Gökçe Kutsal Y (Ed): Geriatri, Modern Tıp Seminerleri Serisi No: 30, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara,2004.
- 11-Gökçe Kutsal Y: Yaşlanan kadının sağlık sorunları. Yaşlanan Kadın Sempozyumu.7 Mart 2005, HÜKSAM-H.Ü.GEBAM (www.gebam.hacettepe.edu.tr)
- 12-İnanıcı F,Gökçe-Kutsal Y: Geriatri.In: İliçin G,Biberoğlu K,Süleymanlar G,Ünal S (Eds) İç hastalıkları,Cilt 1, Güneş Kitabevi, Ankara, 2003,s:215-236.
- 13-Johnston B: Geriatric Assesment.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, pp:16-20.
- 14-Johnson CSJ, Mahon A, Leod WM: Nutritional, functional and psychological correlations of disability among older adults.The Journal of Nutrition Health and Aging 2006;10 (1):45-50.
- 15-Kolbe-Alexander TL, Lambert EV,Charlton KE:Effectiveness of a community based low intensity exercise program for older adults.The Journal of Nutrition, Health and Aging 2006;10 (1): 21-29.
- 16-Levine SA, Caruso LB, Vanderschmidt H, Silliman RA,

- Barry PB: Faculty Development in Geriatrics for Clinician Educators: A Unique Model for Skills Acquisition and Academic Achievement.J Am Geriatr Soc 2005; 53:516-521.
- 17-Majercsik E: Hierachy of Needs of Geriatric Patients. Gerontology 2005;51: 170-173.
 - Experiences. Am Geriatr Soc 2005;53:511-515
 - 18-Potter JF, Burton JR, Drach GW, Eisner J, Lundebjerg NE, Solomon DH: Geriatrics for Residents in the Surgical and Medical Specialities: Implimentation of Curricula and Training Experiences. Am Geriatr Soc 2005;53:511-515
 - 19-Swartz MH: The Geriatric Patient. In: Textbook of Physical Diagnosis History and Examination.WB Saunders, USA, 2002, pp: 733-746.