

YAŞLILARDA SAĞLIK SORUNLARI

HEALTH PROBLEMS OF OLDER ADULT

Ayfer KARADAKOVAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 35100 Bornova/İZMİR

Anahtar Sözcükler: Yaşlılık, sağlık sorunları

Key Words: Aging, health problems

Bu makale 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresinde “Yaşlı bireyin bakımı” konulu panelde sunulmuştur (14-19 Eylül 2004, Antalya)

ÖZET

Günümüzde sağlık bakımı, beslenme ve tedavideki gelişmelere bağlı olarak yaşam süresi artmıştır. Gelecek yüzyılın ortalarında 85 yaşın üzerindeki nüfusun beş kat artması beklenmektedir. Yaşlanma ile organların fonksiyonlarında ve metabolizmadaki azalma yaşlılarda dehidratasyon riskinin arttırmakta, beden ısısının sürdürülmesinde güçlükler yaratmaktadır. Baharatlı gıdaların tolere edilmesinde güçlük, tükürük miktarının azalması, öğürme refleksinin azalması gibi Gastrointestinal (GI) değişiklikler ve Gastrointestinal motilitenin azalmasına bağlı konstipasyon ve fekal inkontinans görülme oranı artmaktadır. Kaslardaki genel dejenerasyon, genel güçsüzlüğe ve solunum sorunlarına neden olmaktadır. Yaşlı bireylerin %80'ninden fazlasında en az bir kronik hastalık vardır. Çalışmalar tüm hastane yatışlarının %30'dan fazlasının ve tüm sağlık harcamalarının % 36'sının yaşlılara ait olduğunu göstermektedir.

SUMMARY

Today life expectancy has increased up due to advances in health care, nutrition and medication. By the middle of the next century, the population of people aged 85 and older is expected to increase five times. Decrease in organ function and metabolism will cause the older body increased risk for dehydration, and there is an increased difficulty in maintaining body temperature. Gastrointestinal changes lead to intolerance to spicy foods, decreased sense of taste due to decreased salivary flow, decreased gag reflex, decreased GI motility leading to constipation and fecal incontinence. Generalized muscle degeneration leads to overall weakness and respiratory problems. More than 80% of the elderly population will suffer from at least one chronic health problem. Studies show that the elderly account for more than 30 % of all hospitalizations and 36% of all health care expenditures.

GİRİŞ

Tıbbi bakım, beslenme, tanı ve tedavi olanaklarındaki gelişmelere paralel olarak ortalama yaşam süresi artmaktadır. Dünyada 2000 yılında 75 yaş üzerindeki nüfus toplam nüfusun % 75'ini oluştururken, 21. yüzyılın ortalarında 85 yaş üzeri nüfusun beş kat artması beklenmektedir. Yaşla birlikte kronik hastalık prevalansı da artmaktadır (Arslan ve Gökçe Kutsal 2000). Yaşlı bireylerin % 80'ninden fazlasının en az bir, % 50'inin iki kronik hastalığı vardır. (Age spesific criteria: Geriatric. <http://www.med.ceu.newsletter> 2004, Healthy ageing. <http://www.cdc.gov>. 2004, Marks 1999). Çalışmalar tüm hastanede yatışların % 30'dan fazlasının ve sağlık harcamalarının % 36'sının yaşlı bireylere ait olduğunu göstermektedir (Age spesific criteria: Geriatric. <http://www.med.ceu.newsletter> 2004). ABD'de 1996 yılında hastaneden taburcu edilen yaşlıların (282.000kişi) hastaneye yatış nedenleri ile ilgili yapılan çalışmada; Uluslararası Hastalık Sınıflama 9. Versiyon Klinik Modifikasyon (ICD-9-CM) sistemine göre yapılan Ulusal Sağlık Taraması sonuçlarında aşağıdaki sağlık sorunlarının hastaneye yatmaya neden olduğu belirlenmiştir:

1. Bazı dermatolojik ve kas- iskelet sistemi sorunları (artirit, akne, deri kanserleri)
2. Mental gerilik, renk körlüğü, işitme kaybı gibi sağlık sorunları
3. Bazı sindirim sistemi sorunları (safra kesesi taşı, ülserler, bağırsak kanserleri)
4. Genito üriner, sinir, endokrin, metabolik, kan ve kan yapıcı sistemlerle ilgili sorunlar (DM, epilepsi, meme kanseri)
5. Bazı dolaşım sistemi sorunları (anjina pektoris, hipertansiyon, inme)
6. Solunum sistemi sorunları (astma, amfizem, akciğer kanseri) (Desai MM and others 2000).

Aynı çalışmada 65 yaş üzeri bireylerde hastaneye yatış nedeni olan en önemli sağlık sorunları aşağıda tablo 1'de verilmiştir.

Kardiyovasküler sistem hastalıkları, kanser ve inme gibi üç temel hastalığın tedavisindeki gelişmeler ile bu hastalıklar tam iyileşme ile sonuçlanmasalar da yaşam süresi uzamıştır. Kronik akciğer hastalıkları, alzheimer, parkinson, duyu ve görme bozuklukları gibi bazı hastalıklar bireyin yetilerinde belirgin azalmalara neden olmaktadır. Bu hastalıklar genellikle yaşlılarda görülen hastalıklardır. Mortalite istatistiklerinde yer almayan, ancak önlenemeyen alzheimer, parkinson, osteoporoz ve osteoartroz gibi hastalıklar ölüme neden olmasalar da ciddi özür-lülüğe neden olmaktadır (Gökçe Kutsal 2003). ABD'de evinde yaşayan 12 milyon yaşlı birey kronik hastalıklar nedeniyle aktivitelerinin kısıt-

landığını bildirmekte olup, üç milyon yaşlı birey temel günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yerine getiremediğini bildirmektedir (Healthy ageing. <http://www.cdc.gov>.2004, Marks 1999). Türkiye’de Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı ve Türk Tabipleri Birliği’nin 23 ilde Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu’na (SHEÇEK) bağlı huzurevlerinde yaşayan 60 yaş üzeri bireyleri kapsayan “Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirmesine Yönelik Çok Merkezli Çalışma Raporu (2000)” verilerine göre en sık karşılaşılan hastalıklar hipertansiyon, osteoartrit, kalp yetersizliği ve diabetes mellitus olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada diabetes mellitus, osteoartrit, serebrovasküler olay ve osteoporoz öyküsü olan bireylerde özürlülüğün arttığı saptanmıştır (Arslan ve Gökçe Kutsal 2000).

Tablo 1. A.B.D’de 65 yaş üzeri bireylerde hastaneye yatmaya neden olan en önemli sağlık sorunları prevalansı (1996 yılı).

Sağlık Sorunu	Prevalans (100.000 kişideki oranlar)
Kalp Hastalığı	80.4
Malign Neoplazmalar	21.8
Serebrovasküler Hastalıklar	21.5
Pnömoni	20.7
Kırıklar	15.4
Bronşit	9.4
Osteoartrit	8.6
Diabetes Mellitus	5.8
Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları	5.5
Prostat Hiperplazisi	6.1

Yaşlı bireylerde sık görülen sağlık sorunları ile ilgili bir başka sınıflama İngilizce baş harfleri dikkate alınarak yaşlılığın yedi I’ sı olarak yapılmıştır. Bu sınıflamaya göre yaşlılığın yedi I’ sı şunlardır:

1. Intellectual failure (Bilişsel yetersizlik)
2. Immobility (Hareketsizlik)
3. Instability (Dengesizlik)
4. Incontinence (İnkontinans)
5. Insomnia (Uykusuzluk)
6. Iatrogenic problems (İyatrogenik problemler)
7. Involvement of families (Ailelerin katılımı) (İnancı ve Gökçe Kutsal 1997).

ABD’de 1995 yılında 65 yaş üzeri bireylerde saptanan en önemli kronik sağlık sorunları prevalansı aşağıda tablo 2’de verilmiştir. (Desai MM and others 2000).

Tablo 2. ABD’de 65 yaş üzeri bireylerde saptanan en önemli kronik sağlık sorunları prevalansı (1995 yılı).

Kronik sağlık sorunu	Prevalans (100.000 kişideki oranlar
Artirit	48.9
Hipertansiyon	40.3
Kalp Hastalıkları	30.8
Bazı Solunum sistemi hastalıkları (kronik bronşit, astma, amfizem)	13.8
Diabetes Mellitus	12.6
Bazı Malign neoplazmalar (deri, ince bağırsak, kadında meme, genital organ, erkekte prostat, akciğer/bronş ve diğer solunum sistemi kanserleri)	7.4
Serobrovasküler hastalık	7.1
Ateroskleroz	4.1

YAŞLI BİREYLERDE SIK GÖRÜLEN SAĞLIK SORUNLARI

Kas-iskelet Sistemi:

Artirit: Osteoartirit 65 yaşın üzerindeki bireylerde en sık görülen kronik hastalık olarak kabul edilmektedir. Artirit tek bir hastalık olmayıp, eklemler ve bağ dokusunu ilgilendiren osteoartirit, romatoid artirit, fibromiyalji, lupus, gut, bursit gibi bir çok hastalığı kapsayan bir terimdir. Bu sorunların tümü bireyin Günlük Yaşam aktivitelerini GYA’ni yerine getirmesinde kısıtlama ve engellemelere neden olur. ABD’de yaklaşık 43 milyon kişi artirit tanısı almıştır. Bu her altı kişiden birinin artiritli olması demektir. Bu hastalardan yedi milyonu artirit nedeniyle GYA’nin sınırlandığını bildirmektedir. Artiritli hasta sayısının 2020 yılında 60 milyon, buna bağlı olarak aktivite sınırlaması yaşayacak bireylerin sayısının 11 milyon olması beklenmektedir (Marks 1999, Abrams and others 1995). CDC’nin 2001 yılında yayınladığı rapora göre A.B.D’de erişkinlerin % 33’ünde artirit/kronik eklem hastalığı vardır. Radyolojik olarak artirit bulguları 65 yaşın üzerindeki bireylerde %90 oranında görülmektedir (Prevalance of self-reported arthritis <http://www.cdc.gov>). Türkiye’de Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı ve Türk Tabipleri Birliği’nin 23 ilde Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu’na (SHEÇEK) bağlı huzurevlerinde yaşayan 60 yaş üzeri bireyleri kapsayan “Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirmesine Yönelik Çok Merkezli Çalışma Raporu (2000)” verilerine göre kadınların % 29.4’ünde, erkeklerin % 14.5’inde osteoartirit saptanmış ve bu durumun GYA’de bağımlılığa neden olduğu bildirilmiştir (Arslan ve Gökçe Kutsal 2000). Bakar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran 60 yaş üzeri kadın hastaların % 45.2’sinin, erkek hastaların % 46.4’ü-

nün tanılarının dejeneratif hastalıklar grubundan osteo-artirit olduğu bildirilmiştir (Bakar ve ark 1999). Öztürk ve arkadaşlarının Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaptığı çalışmada yaşlıların % 38.6'sı romatizmal hastalığı olduğunu bildirmiştir (Öztürk ve ark 2002).

Osteoporoz: Yaşlı bireylerde kas-iskelet sistemine ilişkin en önemli sağlık sorunlarından bir diğeri osteoporozdur. Osteoporozun en önemli riski kırıktır. Osteoporozla bağlı kırık riski 50 yaş üzerinde kadınlarda % 40, erkeklerde % 13'dür (Baripoğlu 1999, Compston and Rosen 2002). Osteoporozla bağlı gelişen kırıklar içinde en fazla görülen kalça kırığıdır. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görülmektedir. Tüm kalça kırıklarının % 98'i 35 yaş üzerinde ve % 80'i kadınlarda görülmektedir (Gökçe Kutsal ve Bal 2004). DSÖ 'nün 1998 yılı raporuna göre 1990 yılında dünyada 1.7 kalça kırığı olgusu bildirilmiştir (Baripoğlu 1999). İngiltere'de 1992 yılı verilerine göre yılda 60.000 kalça kırığı, 50.000 radius kırığı, 40.000 vertebra kırığı olgusu bildirilmiştir. Bunu pelvis ve humerus kırıkları izlemektedir (Compston and Rosen 2002). Düşme, yaşlı bireylerin % 90'ında önkol, pelvis ve kalça kırıklarının nedenidir (Kırdemir 2003). ABD'de 65 yaş üzeri bireylerde kırık nedeniyle yapılan sağlık harcamalarının payı tüm sağlık harcamalarının %88'ini oluşturmaktadır (Desai MM and others 2000). İzmir'de bir bakım evinde kalan yaşlı bireylerde yapılan çalışmada yaşlı bireylerin % 31.8'i düşmeye bağlı kırık öyküsü olduğunu bildirmiştir (Yeşilbalkan ve Karadakovan 2003)

Endokrin sistem:

Diabetes Mellitus (DM): Diabetes mellitus 65 yaş üzeri bireylerde bireysel ve ekonomik nedenlerle önemli bir halk sağlığı sorunudur. ABD'de 1995 yılında 65 yaş üzeri bireylerde DM görülme oranı % 12.8 iken, 2030 yılında bu oranın % 20'ye çıkması ve toplam nüfus içinde yaşlı DM'lerin 70 milyon olması beklenmektedir. Yaşlanma ile glikoz toleransının giderek bozulması yatkınlığı olan bireylerde DM gelişimine neden olmaktadır. Glikoz toleransındaki bozulma 22-44 yaş grubunda %56.4 oranında görülmekte iken, 65-74 yaş grubunda bu oran % 22.8'e çıkmaktadır. 80 yaş üzeri erkeklerin % 57'sinde, kadınların % 86'sında glikoz tolerans bozukluğu vardır. Glikoz tolerans bozukluğu olan hat-saların her yıl yaklaşık % 2'sinde DM gelişmektedir (Marks1999).

Yaşlı bireylerde DM'ye bağlı gelişen komplikasyonlar morbidite ve mortaliteyi artırır. Yaşlılarda DM'ye bağlı gelişebilecek komplikasyon riskleri şunlardır:

***Hipoglisemi gelişme riski:**

Böbrek fonksiyonlarının bozulması nedeniyle insülin ve oral hipoglisemik ajanların etki sürelerinin uzaması, çok sayıda ilaç kullanımına bağlı ilaç etkileşimlerinin hipoglisemiye yol açması riski artırır.

***Hiperglisemik hiperosmolar nonketotik koma riski:**

Yaşlı bireylerde normal susama hissinin azalması yaşlıyı dehidrasyona yatkın duruma getirir. Bu durum hiperglisemik hiperosmolar koma riskini arttırır.

*** Kronik komplikasyonların gelişme riski:**

Yaşlı DM'lu hastaların % 50-70'nin ölüm nedeni koroner arter hastalığı, serebrovasküler ve perivasküler hastalıktır. Hiperglisemi ve hiperinsülinemi ateroskleroz gelişimine neden olur. Diyabete bağlı kalp hastalığı 65 yaş üzeri bireylerde ölüm nedenleri arasında 6. sırada yer almaktadır. DM hastalarında inme riski 45-74 yaş grubu diyabetik olmayanlara göre iki kat fazladır. Diyabetik retinopatiye bağlı körlük prevalansı 65 yaş üzeri DM'lu bireylerde % 3'dür. Diyabetik nefropati 65 yaş üzeri DM'lu bireylerde diyabetik olmayan bireylere göre 1.4 kat fazladır. Diyabetik nöropatiye bağlı amputasyon, sepsis, sessiz miyokard infarktüsü 65 yaş üzeri DM'lu bireylerde ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Diyabete bağlı amputasyon oranı 65 yaş üzeri DM' lu bireylerde % 64'dür (Marks1999).

Kardiyovasküler sistem:

DSÖ'nün 1998 yılı raporuna göre kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin % 80'i 65 yaş üzerinde görülmektedir (Baripoğlu 1999). Yaşın ilerlemesine paralel olarak koroner arter hastalığı prevalansı ve şiddeti artmaktadır. Erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülmekte olup, 60-70 yaş grubu arasında en üst düzeye ulaşmakta bundan sonraki yaşlarda daha ılımlı insidans artışı görülmektedir. Prevalans 80 yaş üzerinde her iki cinste de % 60'lar düzeyindedir (Keskil 2004, Abrams and others 1995).

Hipertansiyon: Yaşlanmayla birlikte büyük damarların çap ve duvar kalınlıklarında artma ve esnekliğinde azalma, progresif olarak sistemik arteryel basınçta yükselmeye neden olmaktadır. Diyastolik kan basıncı ise 55-60 yaşına kadar bir artma gösterir, bu yaştan sonra ya aynı kalır ya da bir miktar düşer (Uncu 2004). Sistolik hipertansiyon kardiyovasküler ölüm riskini 2-5 kat, inme riskini 2.5 kat arttırmaktadır. Hipertansiyon yaşlı bireyleri kalp yetmezliğine, inmeye, böbrek yetmezliğine, koroner arter hastalığına ve periferik damar hastalığına hazırlayıcı faktördür (Dağlı ve Arioğul 2004, Gökçe Kutsal ve Bal 2004, Abrams and others 1995). Hipertansiyon yaşlılarda oluşturduğu kardiyovasküler, serebrovasküler, renovasküler komplikasyonlarla en başta gelen ölüm nedenidir. Yaşlı populasyonun yarısından fazlası hipertansifdir (Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon tedavi ve Takip Kılavuzu <http://www.tkd.org.tr>). ABD'de 70 yaşın üzerindeki bireylerde hipertan-

siyon görölme sıklığı kadınlarda % 48, erkeklerde % 40.5 ile ikinci önemli kronik sağlık sorunudur (Healthy ageing, <http://www.cdc.gov>.2004). Kadınlarda kan basıncı 50 yaşından sonra hızla yükselir ve bu yaştan sonra hipertansiyon erkeklerden daha sıktır (Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon tedavi ve Takip Kılavuzu <http://www.tkd.org.tr>). Ülkemizde Öztürk ve arkadaşlarının Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı böl-gesinde yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin % 42'si hipertansiyon, %23.3'ü kalp hastalığı tanısı olduğunu bildirmiştir (Öztürk ve ark 2002).

Üriner sisitem:

Üriner İnkontinans: İnkontinans sosyal ve hijyenik bir sorundur. İnkontinans prevalans ve insidansı kadınlarda daha fazladır ve yaşın ilerlemesi ile artar. ABD'de sağlıklı ve kendi evinde yaşayan 60 yaş üzeri kadınların 1/3'ünde, erkeklerin %20'sinde değişik şiddette üriner inkontinans bildirilmektedir (Ouslander 2002). Toplumda inkontinans prevalansının %15-30, bakımevlerinde kalanlarda % 50 üzerinde olduğu bildirilmektedir (Desai MM and others 2000). Türkiye'de Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi'ne başvuran 12555 hastanın % 25.2'sinde üriner inkontinans saptanmıştır (Doğu ve ark 2003). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı polikliniğine başvuran 60 yaş üzeri kadınların %43'ünde idrar inkontinansı saptanmıştır (Özkeskin ve ark 2003). Bir başka çalışmada ülkemizde üriner inkontinans sıklığı % 44.2 (kadınlarda % 57.1, erkeklerde % 21.5) olarak saptanmıştır (Doruk 2002).

Prostat hipertrofisi: Yaşlı erkeklerde benign prostat hipertrofisi neden olabileceği sekonder sorunlar nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. 60 yaşın üzerindeki erkeklerin %60'ından fazlasında histolojik olarak prostat hipertrofisi vardır (Seçkin 2002). Hacettepe Üniversitesinde yapılan çalışmada erkek hastalarda %44.5 benign prostat hipertrofisi saptanmıştır (Doğu ve ark 2003).

İmmun Sistem:

Enfeksiyon hastalıkları: Yaşın ilerlemesine paralel olarak immün sistem fonksiyonlarında meydana gelen azalma, kronik hastalıkların varlığı, tanı ve tedavi amaçlı girişimlerin uygulama sıklığı gibi nedenlerle yaşlı bireylerde enfeksiyon hastalıklarının görölme sıklığı artar. Yaşlılarda sık karşılaşılan enfeksiyon hastalıkları solunum, üriner ve gastrointestinal sistem enfeksiyonları ile doku ve yumuşak doku enfeksiyonlarıdır. Yaşlı bireylerde termoregülasyon mekanizmasının bozulmuş olması enfeksiyonun en önemli semptomlarından biri olan ateşin düşük

düzye seyretmesine ve bu nedenle enfeksiyon bulgusunun atlanarak kötü prognoza neden olabilmektedir. Yaşlı bireylerde bu durum “Older the colder” (yaşlılar soğuktur) olarak tanımlanmaktadır (Ünal 2002).

Pnömoni: Yaşlılarda en sık rastlanan ve mortaliteye neden olabilen enfeksiyon hastalıklarından biri pnömonidir. 65 yaş üzeri bireylerde pnömoni prevalansı 20-40/1000 kişi/yıldır. %10-40 mortalite nedeni ve mortaliteye neden olan dördüncü sıradaki önemli faktördür. 20 yaşından sonraki her on yılda pnömoniye bağlı mortalite oranı %10 artmaktadır (Ünal 2002, Abrams and others 1995). Hastane kökenli ve toplum kökenli pnömoni için 65 yaşın üzerindeki bireyler önemli bir risk grubudur Yaşlı bireylerde toplum kökenli pnömoni insidansı 20-40/1000, hastane kökenli pnömoni insidansı 100-250/1000 olarak bildirilmektedir (<http://www.toraks.org.tr>, Gökçe Kutsal ve Bal 2004, Abrams and others 1995).

Tüberküloz (Tbc): Gelişmiş ülkelerde Tbc olgularının % 25-30'u 65 yaş üzeri bireylerde görülmektedir (Abrams and others 1995).

Üriner sistem enfeksiyonu: 65 yaşın üzerindeki kadınların % 20'sinde, erkeklerin % 10'unda üriner sistem enfeksiyonu görülmektedir. Tek bir idrar kateterizasyonu üriner sistem enfeksiyon riskini % 20 arttırmakta olup, enfeksiyonların % 25'inde septik şok gelişmektedir (Ünal 2002).

Menenjit: Menenjit yaşlılarda % 50-70 ölümle sonuçlanmakta olup, infektif endokardit riski % 50'nin üzerindedir. 70 yaş üzeri kişilerde bakteriyemi ve sepsis riski 30 yaşın altındaki kişilere göre üç kat fazla görülmektedir (Ünal 2002).

Sinir sistemi: Yaşlı bireylerde nörolojik hastalıkların görülme sıklığı artar. En önemli sağlık sorunu oluşturanlar demans ve inmedir.

Demans: 65 yaş üzerindeki bireylerin % 15'inde, 80 yaş üzerindeki bireylerin % 50'sinde demans görülmektedir. ABD'de demansların % 50 den fazlası Alzheimer tipi demanstır. Alzheimer hastalığı, yaşlıda görülen demans tablolarının yaklaşık % 60'ını oluşturmaktadır Alzheimer hastalığı gelişmiş ülkelerde 65 yaş üzerindeki bireylerde kalp hastalıkları, kanser ve inmeden sonra ölüme neden olan hastalıklar arasında dördüncü sıradadır (Eker 2002). ABD'de kadınlarda erkeklerden iki kat fazla görülmektedir (Abrams and others 1995). 65 yaş üzeri bireylerde hastalığın prevalansı % 6-10, 85 yaş üzerinde % 30-47'dir. Prevalans 60 yaşından sonra her beş yılda iki katına çıkmaktadır. Türkiye'de konuyla ilgili prevalans çalışması yapılmadığı için Alzheimer prevalansı bilinmemektedir. 2000 yılında gelişmiş ülkelerde yedi milyon Alzheimer hastası varken bu sayının % 43 artarak 2025 yılında 11 milyon olması beklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise 2000 yılında

11 milyon olan Alzheimerli hasta sayısının % 218 artışla 2025 yılında 24 milyon olacağı tahmin edilmektedir (Selekler 2002).

İnme: İnme ABD’de ve birçok gelişmiş ülkede kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü ölüm nedeni iken, son yıllarda ikinci ölüm nedeni olarak kabul edilmektedir (Baripoğlu 1999). Her yıl 500.000 kişide inme gelişmekte ve bunların 150.000’i ölmektedir. İnme riski 55 yaşından sonraki her on yılda artmaktadır (Özdemir ve Gücüyener 2001). İnme prevalansı 65 yaşından sonra artmaktadır. İnme insidansının 75 yaş üzerinde 13.5-17.9/1000 olduğu bildirilmekte olup, 55-64 yaş grubu kadınlarda inme insidansı erkeklere göre iki-üç kat fazla olarak bildirilmektedir. İnmeli hastaların % 75’i, 65 yaş üzerindedir (Kumral ve Balkır 2002). İnmenin neden olduğu komplikasyonlar hayatta kalan yaşlılar ve aileleri için önemli bakım ve sağlık sorunlarına neden olmaktadır (Gülyüz 2004, Abrams and others 1995).

Kanser: Yaşın ilerlemesi kanser gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Bir çok kanser tipinin yaşla, insidansı artmaktadır. Kanser 65 yaş üzeri bireylerde kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı ölümlerden sonra ikinci ölüm nedenidir (Keskil 2004, Kars 2002). Türkiye’de 1998 yılı verilerine göre en sık görülen ölüm nedenleri arasında kansere bağlı ölümler % 15’e yükselmiş ve % 38 ile birinci sırada ölüm nedeni olan kalp damar hastalıklarından sonra ikinci sırada ölüm nedeni olmuştur. Türkiye’de 1996, 1997, 1998 yılları arasında kansere bağlı ölümler 35-74 yaş grubunda en yüksek düzeye ulaşmıştır (Kanser istatistikleri <http://www.turkcancer.org.tr>). Kanser insidansında yaşa bağlı artış 85 yaşına dek gözlenmektedir. Bu yaştan sonra kanser ölümlerinde gözlenen azalmanın nedeni kanser dışındaki ölümlerin bu yaş diliminde artmasıyla açıklanabilir (Kars 2002). Kanser 50 yaşına kadar kadınlarda daha fazla görüldüğü halde, bu yaştan sonra erkeklerde giderek artmakta ve 85 yaşına ulaşıldığında erkeklerde kanser mortalite hızı kadınların iki katına ulaşmaktadır. Tümörlerin % 50’si 65 yaşın üzerindeki bireylerde görülmektedir. Bu popülasyon tüm toplumun % 12’sini oluşturmaktadır. (Kars 200). Yaşlı nüfusun artışına paralel olarak bu oranın 2010 yılında % 60’a çıkması beklenmektedir. Tüm meme kanserlerinin % 40’i 65 yaş ve üzerinde görülmektedir (Uncu 2004).

Sonuç olarak yaşın ilerlemesine bağlı olarak bir çok kronik hastalığın görülme riski ve buna bağlı olarak yaşlıların bakım gereksinimleri artmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden üçüncü basamak sağlık hizmetlerine kadar toplumun yaşlı sağlığının korunması, geliştirilmesi, rehabilitasyonu ve sağlık sorunu olan yaşlıların bakımına yönelik artan gereksinimlerinin nitelikli sağlık personeli tarafından karşılanabilmesi için hemşirelik eğitimi veren tüm okullarda müfredatta geriatri

hemşireliği derslerine yer verilmesi ve ülke genelinde yaşlı sağlığı, sağlık sorunları ve sağlığın korunmasına ilişkin çabaların arttırılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abrams WB, Beers MH, Berkow R (Ed)(1995). The merc manuel of geriatrics. Second edit U.S.A: Merc and Co Inc., 5-169,419-1343.
2. Age Spesific criteria: Geriatric. <http://www.med.ceu.newsletter> (Erişim tarihi:11.6.2004).
3. Arslan Ş, Gökçe Kutsal Y. (2000). Yaşlılarda özürülülüğün değerlendirimine yönelik çok merkezli çalışma raporu. Başbakanlık Özürülüler İdaresi Başkanlığı ve Türk Tabipleri Birliği. Ankara: Yayın no:003/2000.
4. Bakar C, Özkan S, Maral I, ve ark (2002). Bir üniversite hastanesinde fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran 60 yaş ve üzeri hastaların tanıları. Geriatri, 5:2, 59-63.
5. Baripoğlu Ö. (1999). Dünyada yaşlılığın geleceği. Hekim Formu, Temmuz-Ağustos. <http://www.istabip.org.tr>. (Erişim tarihi:14.6.2004).
6. Compston JE, Rosen CJ. (2002). Osteoporosis. Third edit. Oxford: Health Press, 7-9.
7. Dağlı N, Arıoğul S. (2004). Geriatrik poülasyonda hipertansiyon tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi, 35:7-11.
8. Desai MM, Zhang P, Hennessy CH (2000). Surveillance for morbidity and mortality among older adults-United States, 1995-1996. MMWR 49(01); 14, 23. January 14, <http://www.cdc.gov/mmwr/prewiew/mmwrhtml>. (Erişim tarihi:8.6.2004)
9. Doğu B, Cankurtaran M, Khalil M ve ark. (2003). Yaşlı hastalarda karşılaşılan ürolojik sorunlar. II. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Ankara: Çetin Ofset A.Ş, 150.
10. Doruk H. (2002). Yaşlı bireylerde tarama yöntemleri. I.Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, İstanbul: BAYT Bilimsel Araştırmalar Yayın ve Tanıtım Ltd.Şti., 128-130.
11. Eker E (2002). Yaşlıların korkulu rüyası: Alzheimer hastalığı. http://www.saglik.tr.net/ayinkonugu_.kasim2002.shtml. (Erişim tarihi:6.7.2004).
12. Gökçe Kutsal Y, Bal S (2004). Yaşlılık ve kadın sağlığı. <http://www.google.com>. (Erişim tarihi:15.6.2004).
13. Gökçe Kutsal Y. (2003). Yaşlanan dünya, yaşlanan toplum, yaşlanan insan. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 24: 3-4,1-6.
14. Gülyüz H. (2004). İnmeli hasta ve yakınlarının yaşam doyumlarının incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 5-7.
15. Healthy Aging (2004). Preventing disease and improving quality of life among older Americans. At A glance 2004. <http://www.cdc.gov/nccdphp/aag-aging.2004.htm>. (Erişim tarihi: 8.6.2004).
16. <http://www.toraks.org.tr/sub/pnömoni2.php>. (Erişim tarihi: 25.6.2004).
17. İnancı F, Gökçe Kutsal Y. (1997). Geriatri. (içinde) İlçin G, Biberöğlü K, Ünal S, Akalın S, Süleymanlar G(ed). Temel İç Hastalıkları II. Ankara: Güneş Kitabevi, 89-103.

18. Kanser istatistikleri. <http://www.turkcancer.org.tr> (Erişim tarihi:7.7.2004).
19. Kars A. (2002). Yaşlılık ve kanser. Geriatri 2002 Kongre Kitabı, İstanbul: Turgut Yayıncılık ve Ticaret, A.Ş., 150-158.
20. Keskil S. (2004). Yaşlılarda acil sağlık sorunları.<http://www.geriatri.org/pdf>. (Erişim tarihi:6.7.2004).
21. Kırdemir V(2003).Yaşlı hastalarda kalça bölgesi kırıkları. II.Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Ankara: Çetin Ofset A.Ş,105-110.
22. Kumral E, Balkır K (2002). İnme epidemiyolojisi. (içinde) Balkan S(ed) Serebrovas-küler hastalıklar. Ankara: Güneş Kitabevi Yayınları, 38-48.
23. Marks JS(1999). Chronic disease notes and reports.National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 12:3. <http://www.cdc.gov/nccdphp/cdf>. (Erişim tarihi:8.6.2004).
24. Ouslander JG. (2002). Geriatric urinary incontinence. I. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, İstanbul: BAYT Bilimsel Araştırmalar Yayın ve Tanıtım Ltd.Şti., 66-70.
25. Özdemir G, Gücüyener D (2001). Strok'ta risk faktörleri. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi, 7:2, 67-70.
26. Özkeskin G, Erdinçler DS, Döventaş A ve ark. (2003). Yaşlı kadınlarda idrar inkontinansı sıklığı, tipi ve yaşam kalitesine etkisi. II.Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Ankara: Çetin Ofset A.Ş, 155.
27. Öztürk A, Naçar M, Aslan A ve ark. (2002). Kayseri sağlık grup başkanlığı bölgesinde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. Geriatri, 5:4, 138-143.
28. Prevalance of self-reported arthritis or chronic joint syptoms among adults-United States, 2001. (2002). October 25, 51:42, 948-950 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5142a2.htm>. (Erişim tarihi:17.6.2004).
29. Seçkin B. (2002). Prostat hastalıkları. I.Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, İstanbul: BAYT Bilimsel Araştırmalar Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., 98-102.
30. Selekler K (2002). Alzheimer hastalığı. Geriatri 2002 Kongre Kitabı, İstanbul: Turgut Yayıncılık ve Ticaret, A.Ş., 114-118.
31. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/ko3/5>. (Erişim tarihi:6.7.2004).
32. Uncu Y. (2004). Yaşlılık ve kadın. <http://www.20.uludag.edu.tr>. (Erişim tarihi:6.7.2004).
33. Ünal S(2002).Yaşlılarda sık görülen infeksiyon hastalıkları.I.Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı,İstanbul:BAYT Bilimsel Araştırmalar Yayın ve Tanıtım Ltd.Şti., 70-72.
34. Yeşilbalkan UÖ, Karadakovan A (2003). Narlıdere dinlenme ve bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığı ve düşmeyi etkileyen faktörlerin incelenmesi. II. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Ankara: Çetin Ofset A.Ş, 144-145.