AKADEMİK GERİATRİ DERNEĞİ

EUGMS
European Union Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe
Observer Member

5. AKADEMİK GERİATRİ 2012

23 - 27 Mayıs 2012

Cornelia Diamond Hotel, Belek / Antalya

KONGRE KİTABI

KONGRE EŞ BAŞKANLARI

Prof. Dr. Servet ARIOĞUL
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi Başkanı
Prof. Dr. Teslime ATLI
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

BİLİMSEL SEKRETERYA

Prof. Dr. Tanju BEĞER
İstanbul Üniversitesi , Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. M. Akif KARAN
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Fehmi AKÇİÇEK
Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Deniz Suna ERDİNÇLER
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Prof. Dr. Ender TERZİOĞLU
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Hüseyin DORUK
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. İlhan YETKİN
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı

Prof. Dr. Aslı ÇURGUNLU
İstanbul Bilim Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Selim NALBANT
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Prof. Dr. Yalçın KEPEKÇİ
Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Doç. Dr. Erkan ÇOBAN
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Doç. Dr. Ramazan SARI
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Doç. Dr. Mustafa CANKURTARAN
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi

Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN
Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Zekeriya ÜLGER
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Doç. Dr. Zeynep Dilek AYDIN
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

BİLİMSEL SEKRETERYA

Doç. Dr. Mustafa Cankurtaran
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı,Geriatri Ünitesi
Tel : 0.312.305 15 38
E-Posta : mcankurt@hacettepe.edu.tr
www.akademikgeriatri.org
ISBN: 975-98918-4-0

ORGANİZASYON SEKRETERYASI

DMR Kongre Organizasyon Hizmetleri Tur. İnş. Taah. ve Tic. Ltd. Şti.
Hollanda Cad. 696. Sok. No:22/9-10
Yıldız - Çankaya / ANKARA
Tel: 0.312. 442 01 50
Faks: 0.312. 442 04 10
Web: www.dmrturizm.com.tr
E-Posta : neriman.kose@dmrturizm.com.tr

Değerli Meslektaşlarımız,

"Akademik Geriatri Derneği" tarafından 23– 27 Mayıs 2012 tarihlerinde, Cornelia Diamond Hotel, Belek / Antalya' da "**5. AKADEMİK GERİATRİ 2012**" Kongresi gerçekleştirilecektir. 2011 yılında Antalya 'da 900 katılım ile gerçekleştirilen kongremiz bu yıl da tüm geriatri camiasını, İç Hastalıkları Uzmanlarını, Aile Hekimlerini, Pratisyen Hekimleri, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hekimleri, Nöroloji Uzmanlarını, Psikiyatri Hekimlerini, huzur ve bakım evlerinin başta hekimleri olmak üzere tüm çalışanlarını, Romatoloji Hekimlerini, Endokrinoloji Hekimlerini, Göğüs Hastalıkları Uzmanlarını, Kardiyoloji Hekimlerini, Üroloji Hekimlerini,Nefroloji Hekimlerini, Fizyoterapist, Hemşire, Sosyal Hizmet Uzmanı, Beslenme Uzmanı ve bu alana ilgi duyan herkesi kucaklayacak bir kongre olacaktır.

2008 yılından bu yana bir çok derneğin aktif olarak destek verdiği kongremiz, 2012 yılında da Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Geriatri Derneği Yaşlı Ruh Sağlığı Çalışma Grubu, Alzheimer Derneği, Kontinans Derneği, Geriatri Fizyoterapistleri Derneği, Özel Huzurevleri Derneği, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Metabolik Sendrom Derneği, Pratisyen Hekimleri Derneği'nin katkılarıyla daha da güçlenecektir.

Kongremiz, Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün destekleri ve Aile Hekimleri İl Dernekleri, Türk Aile Hekimliği Vakfı, Aile Hekimliği Eğitim ve Araştırma Derneği, Yaşlılık Platformu katkılarıyla daha da güçlenecektir.

Akademik Geriatri Derneği, European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)'de Türkiye adına Gözlemci Dernek olarak yer almaktadır. Ayrıca Akademik Geriatri 2012 Kongresi EUGMS tarafından desteklenmektedir. Kongremize EUGMS Derneği'nden konuşmacılar, dernek başkanı, seçilmiş başkanı, akademik direktörü ve EAMA (European Academy for Medicine of Ageing) Başkanı konuşmacı olarak katılacaktır. EUMS - GMS (European Union of Medical Specialist Geriatric Medicine Section)'da derneğimiz gözlemci dernek ve Türkiye temsilcisi olarak yer almaktadır.

Geriatrik yaş grubunun sık görülen tüm hastalıklarının ve bakımının inceleneceği bu kongrenin yaşlı nüfusunun hızla arttığı ülkemizdeki geriatrik sorunlara önemli bir açılım sağlayacağından emin olarak sizi de bu çabanın içinde mutlaka görmek istiyoruz.

Saygılarımızla

Kongre Eş Başkanı
Prof. Dr. Servet Arıoğul

Akademik Geriatri Derneği Başkanı
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Geriatri Ünitesi Başkanı

Kongre Eş Başkanı
Prof. Dr. Teslime Atlı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Kurullar 6

Bilimsel Program 10

3. Yaşlı Hastada Tip 2 Diyabet Tedavisi Kursu 2012 Konuşma Metinleri 17

Yaşlıda Tip 2 Diyabette Egzersiz-Beslenme Yönetimi 19
Dr. Oğuzhan Deyneli

Yaşlı Hastalarda Olgular İle Oral Antidiyabetik Tedavi 20
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş

Yaşlı Hastada Diyabette İlaç Güvenirliği-Hipoglisemi 21
Doç. Dr. Yusuf Aydın

İlaç Uyumu, Hasta Takibi, Eğitim Sorunları, Yaşlı Hastada Sorunlar 25
Doç. Dr. Kamile Gül

3. Nutrisyon ve Beslenme Destek Ürünleri Kursu Konuşma Metinleri 33

Beslenme Destek Tedavisinde Temel Prensipler 35
Doç. Dr. Meltem Halil

Diyabetik Hastada Beslenme Destek Tedavisi 37
Doç. Dr. Zeliha Fulden Saraç

Enteral Beslenme Destek Tedavisi 43
Uzm. Dr. Sevnaz Şahin

1. Geriatrik Kardiyoloji Güncel Tedaviler 2012 Konuşma Metinleri 47

İzole Sistolik Hipertansiyon Ve Ortostatik Hipotansiyon 49
Dr. Ali Deniz

Diüretikler, Digoksin, Nitratlar Hangi Hastada Ne Zaman? 52
Dr. Murat Varlı

2. Yaşlı Ruh Sağlığı Çalışma Grubu Geriatrik Nöropsikiyatride Tanı ve Tedavi Kursu 2012 Konuşma Metinleri 57

Yaşlı Hastada Yatak Başı Zihinsel – Kognitif Değerlendirme Nasıl Yapılır? 59
Uzm. Dr. Başar Bilgiç

Yaşlı Hastada Yatak Başında Psikiyatrik Değerlendirme Nasıl Yapılır? 61
Dr. Özlem Erden Aki

Yaşlıda Yatak Başında İşlevsellik Nasıl Değerlendirilir? 65
Doç. Dr. Ergün Bozoğlu
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Geriatri Bilim Dalı

Deliryum: Nasıl Tanıyıp Tedavi Edelim? 67
Dr. Gülistan Bahat Öztürk

Alzheimer Hastalığı: Ayrıcı Tanı Algoritması 73
Dr. Haşmet A. Hanağası

Demans İlaçları (Asetil Kolin Esteraz İnhibitörleri ve Memantine) Etki ve Yan Etkileri Kullanım Özellikleri 76
Doç. Dr. Neşe Tuncer Elmacı

Kardiyak ve Diyabetik Hastada Antidepresan İlaç Seçimi 78
Uzm. Dr. Haşmet Işıklı

Yaşlıda ve Demans'ta İnsomnia ve Tedavisi 83
Ahmet Ünal

5. Geriatri Hemşireliği Kursu 2012 Konuşma Metinleri 85

Aktif Yaşlanma ve Nesiller Arası Dayanışma 86
Prof. Dr. Nuran Akdemir
Göz Ardı Edilen Geriatrik Sendromlar Yaşlı Bireylerde Uyku Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı 92
Öğr. Gör. Dr. İmatullah Akyar
Yaşlılıkta Rehabilitasyon Süreci 95
Hem. Hülya Kayaoğlu
Yaşlı Birey İle Çalışırken Uygulama Alanında Yaşanan Sorunlar 101
Uzm. Hemş. Hafize Demirok
Yaşlı Birey İle Çalışırken Uygulama Alanında Yaşanan Sorunlar 106
Nuray Tayran

Akademik Geriatri Kongresi Konuşma Metinleri 111

Akılcı İlaç Kullanımı 112
Uzm. Dr. Burçak Deniz Dedeoğlu
Bakımevlerinde Malnütrisyon ve Tedavisi 115
Doç. Dr. Bülent Saka
Demansta Malnütrisyon Tedavisi 121
Uzm. Dr. Sevnaz Şahin
Olgularla Yaşlıda Malnütrisyon, Sarkopeni ve Tedavisi 123
Doç. Dr. Meltem Halil
Kan Şekerini Nereye Kadar Düşürelim? 125
Doç. Dr. Murat Yılmaz
Yaşlılar da Depresyona Girer! (Doğrular Yanlışlar) 126
Uzm. Dr. Semra Ulusoy Kaymak
Kronik Hastalık Yönetiminde Birinci Basamak İçin Pratik Öneriler 129
Dr.Esra Üçüncüoğlu
Geriatride Kardiyovasküler ve Endokrinolojik Yenilikler: Geriatrik Kardiyovasküler Tıp 136
Berrin Karadağ
2012 Yılında Nöropsikiyatri Alanında Dikkatimi Çeken Makaleler 139
Uzm. Dr. Fatih Tufan
Yenilikler: 2012'de Literatürde Dikkatimi Çekenler; Nütrisyon 141
Uzm. Dr. Ahmet Yalçın
Panel: Son 2 Yılda Tedavide Neler Değişti?: Hipertansiyon İlaçları 144
Doç. Dr. İlker Taşçı
Yaşlılarda Dislipidemi Tedavisi 2012 146
Uzm. Dr. Sevgi Aras
Türkiye'de Evde Bakım Uygulamaları 148
Uzm. Dr. Sumru Savaş
Yaşlılık ve Diyabet: Sık Karşılaşılan Problemlere Güncel Hemşirelik Yaklaşımları 150
Nalan Akbayrak
Palyatif Bakım ve Yaşlı 158
Alper Döventaş

Sözel Bildiriler 167

Poster Bildiriler 203

DÜZENLEME KURULU

Dr. Murathan Abacı
Prof. Dr. Osman Abbasoğlu
Dr. Davut Açıkgöz
Dr. İbrahim Afşari
Dr. Mehmet Akça
Dr. Oğuzhan Akgün
Uzm. Dr. Sibel Akın
Doç. Dr. Özlem Erden Aki
Prof. Dr. Serdar Aksöyek
Dr. Cemile Akyıldız
Prof. Dr. Bülent Altun
Uzm. Dr. Sevgi Aras
Prof. Dr. Mustafa Arıcı
Doç. Dr. Leyla Aslan
Prof. Dr. Enver Atalar
Prof. Dr. Kudret Aytemir
Uzm. Dr. Gülistan Bahat Öztürk
Prof. Dr. Mustafa Bakar
Dr. İrfan Balcı
Prof. Dr. Mustafa Kemal Balcı
Dr. Fehmi Başbuğ
Prof. Dr. Tanju Besler
Doç. Dr. Oktay Bilgir
Dr. Güven Bilir
Prof. Dr. Zahit Bolaman
Dr. Kemalettin Can
Dr. Tolgaz Çakmak
Dr. Hüseyin Çandar
Dr. Engin Çapar
Prof. Dr. İsmail Çelik
Dr. Veysel Çetinkaya
Dr. Cengiz Dağlaraştı
Dr. Erhan Ersan Demir
Doç. Dr. Mustafa Fevzi Dikici
Doç. Dr. Güzel Dişcigil
Uzm. Dr. Alper Döventaş
Prof. Dr. Tevfik Ecder
Prof. Dr. Engin Eker
Prof. Dr. Murat Emre
Prof. Dr. Yunus Erdem
Prof. Dr. Ali Ergen
Prof. Dr. Oktay Ergene
Dr. Vedat Erkul
Dr. Nilgün Ertan
Prof. Dr. Turan Ertan
Prof. Dr. İhsan Ertenli
Prof. Dr. Çetin Erol
Doç. Dr. Erdal Eskioğlu
Dr. Hamza Gemici
Dr. Berkant Genç
Dr. Yusuf Göçmen
Prof. Dr. Sibel Göksel
Dr. Şevki Gülay
Prof. Dr. Kerim Güler
Prof. Dr. Serdar Güler
Prof. Dr. Hakan Gürvit
Dr. Hülya Güzelkaya
Doç. Dr. Meltem Halil
Dr. Mehmet Aslan İncesu
Dr. Ahmet İpek
Prof. Dr. Giray Kabakçı
Dr. Erhan Kabasakal
Dr. Osman Kaçıran
Dr. Mustafa Kalaycı
Dr. Zafer Kalaycıoğlu
Dr. Yaprak Haitce Karakoç Güvercin
Uzm. Dr. Berrin Karadağ
Prof. Dr. Yahya Karaman
Prof. Dr. Çimen Karasu
Dr. Faruk Karslı
Dr. Şaban Kaya
Dr. Mithat Kıyak
Prof. Dr. Sedat Kiraz
Prof. Dr. Ömer Kozan
Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu
Dr. Fikret Kurt
Uzm. Dr. İbrahim Kutluer
Uzm. Dr. Mehmet Emin Kuyumcu
Dr. Tamer Meydanaçar
Dr. Aydın Müezzinoğlu
Uzm. Dr. Mehmet İlkin Naharcı
Prof. Dr. Aytekin Oğuz
Uzm. Dr. Alpay Onuk
Prof. Dr. Zeynep Oşar Siva
Doç. Dr. Başak Oyan Uluç
Dr. Veysel Yaşar Örs
Dr. Turgut Özcan
Uzm. Dr. E. Tuğba Özel Kızıl
Prof. Dr. Haluk Özen
Dr. A. Oğuz Öziltürk
Dr. Murat Özkan
Dr. M. Kürşat Özkök
Dr. Levent Özseven
Uzm. Dr. Zeynel Abidin Öztürk
Doç. Dr. Bülent Saka
Dr. İlknur Salman
Doç. Dr. Fulden Saraç
Dr. Mustafa Sarışen
Dr. İsmail Sayar
Dr. Cumhur Sayın
Doç. Dr. Yusuf Sivrioğlu
Dr. Ayhan Soysal
Doç. Dr. Bülent Sözmen
Doç. Dr. Eylem Şahin Cankurtaran
Uzm. Dr. Sumru Savaş
Dr. Gürbüz Şen
Dr. Esin Şener
Dr. Murat Şentürk
Dr. Sayragül Şişmanlar Rakıcı
Doç. Dr. İlker Taşçı
Uzm. Dr. Tolga Taymaz
Uzm. Dr. Nil Tekin
Dr. Niyazi Tekin
Prof. Dr. Vecdet Tezcan
Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu
Dr. Eray Tombak
Doç. Dr. Dilek Toprak
Prof. Dr. Nizamettin Toprak
Uzm. Dr. Aslı Tufan
Uzm. Dr. Fatih Tufan
Dr. Kadir Can Tuncel
Prof. Dr. Engin Turan
Prof. Dr. Çetin Turgan
Prof. Dr. Murat Turgan
Dr. Hami Türkoğlu
Doç. Dr. Kayıhan Uluç
Prof. Dr. Serhat Ünal
Dr. Şaban Ünsan
Uzm. Dr. Murat Varlı
Dr. Ülker Vural
Yrd. Doç. Mehmet Akif Yalçın
Doç. Dr. Füsun Yarış
Doç. Dr. Burcu Balam Yavuz
Uzm. Dr. Bünyamin Yavuz
Prof. Dr. Görsev Yener
Yrd. Doç. Dr. M. Cem Yenicesu
Uzm. Dr. Yusuf Yeşil
Prof. Dr. Okan Bülent Yıldız
Dr. Aydın Yıldırım
Dr. Ali Yılmaz
Prof. Dr. İdris Yücel
Dr. Nurullah Yücel
Prof. Dr. Mehdi Zoghi

***Düzenleme Kurulları soyadı sırasına göre alfabetik olarak dizilmiştir.**

DÜZENLEME KURULU (İNTERDİSİPLİNER EKİP)

Prof. Dr. Nalan Akbayrak

Prof. Dr. Nuran Akdemir

Murat Altuğgil

Ör. Gör. Dr. İmatullah Akyar

Uzm. Hem. Sevgi Bakır

Doç. Dr. Hicran Bektaş

Dr. Psk. Semra Binici

Sos. Hiz. Uzm. Arş. Gör. Bilge Ö. Dölek

Prof. Dr. Filiz Can

Necati Doğan

Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu

Sos. Hiz. Uzm. Aynur Gökkaya

Uzm. Dyt. Evrim Türkmen Güngör

Doç. Dr. Oya Hazer

Yrd. Doç. Dr. Sevgisun Kapucu

Prof. Dr. Hülya Kayıhan

Prof. Dr. Nuray Kırdı

Yrd. Doç. Dr. Özlem Küçükgüçlü

Fügen Mavi

Hem. Münevver Özcan

Yrd. Doç. Dr. Leyla Özdemir

Hem. Hülya Kayaoğlu

Doç. Dr. Füsun Şenuzun

Prof. Dr. Mine Uyanık

***Düzenleme Kurulları soyadı sırasına göre alfabetik olarak dizilmiştir.**

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Dr. Halil Aktaş
Prof. Dr. Serap Alper
Dr. Abdullah Altınkaynak
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. Nihat Arıkan
Yrd. Doç. Dr. Özden Arısoy
Prof. Dr. Serap Arslan
Prof. Dr. Şahap Atik
Uzm. Dr. Volkan Atmış
Doç. Dr. Yusuf Aydın
Prof. Dr. Işın Baral Kulaksıoğlu
Doç. Dr. Selim Baybaş
Dr. Murtaza Baykan
Prof. Dr. Miyase Bayraktar
Prof. Dr. Yusuf Bayraktar
Dr. Erhan Bayuk
Prof. Dr. Kadir Biberoğlu
Doç. Dr. Başar Bilgiç
Prof. Dr. Engin Bozkurt
Doç. Dr. Ergün Bozoğlu
Prof. Dr. Ali Çayköylü
Prof. Dr. Fatma Çelik
Dr. Tayfun Çiğdem
Prof. Dr. Abdurrahman Çömlekçi
Prof. Dr. Lütfi Çöplü
Doç. Dr. Reşat Dabak
Prof. Dr. Muzaffer Değertekin
Doç. Dr. Oğuzhan Deyneli
Prof. Dr. Fitnat Dinçer
Doç. Dr. Özlem Erden Aki
Prof. Dr. Gürbüz Erdoğan
Doç. Dr. Gökhan Erkol
Prof. Dr. Murat Ersanlı
Prof. Dr. Ergün Ertuğ
Prof. Dr. Nurten Eskiyurt
Doç. Dr. Sibel Eyigör
Prof. Dr. Berna Göker
Doç. Dr. Kamile Gül
Prof. Dr. Sadi Güleç
Prof. Dr. Serdar Günalp
Prof. Dr. Ahmet Sadi Gündoğdu
Prof. Dr. Alper Gürlek
Prof. Dr. Vedat Hamuryudan
Doç. Dr. Hasan Hanağası
Prof. Dr. Şeminur Haznedaroğlu
Doç. Dr. Haşmet Işıklı
Prof. Dr. Barış İlerigelen
Prof. Dr. Cem Kalaycı
Uzm. Dr. Özlem Karaarslan Cengiz
Prof. Dr. Derya Karadeniz
Prof. Dr. Hakan Karpuz
Prof. Dr. Kubilay Karşıdağ
Dr. Alper Kaya
Doç. Dr. Bayram Kaymak
Prof. Dr. Ali Keskin
Prof. Dr. Kenan Keven
Prof. Dr. Sedat Köse
Prof. Dr. Merih Kutlu
Doç. Dr. İsmet Melek
Doç. Dr. Ahmet Levent Mete
Prof. Dr. Çağatay Öktenli
Prof. Dr. Gül Öngen
Prof. Dr. Zeki Öngen
Prof. Dr. Demet Özbabalık
Prof. Dr. Filiz Özerkan
Doç. Dr. Mesut Özkaya
Doç. Dr. Gülay Sain Güven
Doç. Dr. Mehmet Sargın
Prof. Dr. Bülent Sivri
Prof. Dr. Merih Sarıdoğan
Dr. Okan Sarıoğlu
Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar
Prof. Dr. Hülya Sungurtekin
Prof. Dr. Altay Şahin
Doç. Dr. Mustafa Şahin
Doç. Dr. Eylem Şahin Cankurtaran
Prof. Dr. Türker Şahiner
Doç. Dr. Lut Tamam
Prof. Dr. İzzet Tandoğan
Dr. Kazım Tırpan
Doç. Dr. Hülya Tireli
Prof. Dr. Mazhar Tokgözoğlu
Doç. Dr. Esen Saka Topçuoğlu
Prof. Dr. Arzu Topeli İskit
Prof. Dr. Neşe Tuncer Elmacı
Prof. Dr. Mehmet Uyar
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Ünal
Doç. Dr. Nezih Varol
Uzm. Dr. Ahmet Yalçın
Doç. Dr. Orhan Yağız
Prof Dr. Gülşen Yakupoğlu
Prof. Dr. Ertan Yetkin
Prof. Dr. Temel Yılmaz
Prof. Dr. O. Gazi Yiğitbaşı
Prof. Dr. Nevzat Yüksel
Dr. Alper Zobarlar
Uzm. Dr. Yaşar Zorlu

*Bilimsel Danışma Kurulları soyadı sırasına göre alfabetik olarak dizilmiştir.

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU (İNTERDİSİPLİNER GERİATRİ EKİBİ)

Doç . Dr. Sibel Aksu Yıldırım

Prof. Dr. Gülümser Argon

Prof. Dr. Nesrin Aştı

Dr. Uzm. Fizyoterapist Çiğdem Ayhan

Doç. Dr. Kezban Bayramlar

Doç. Dr. Özgün Bener

Doç. Dr. Zeynep Canlı Özer

Prof. Dr. Fatih Erbahçeci

Doç. Dr. Zafer Erden

Prof. Dr. Aynur Esen

Prof. Dr. Sebahat Gözüm

Prof. Dr. Ayşe Karaduman

Prof. Dr. Nimet Karataş

Prof. Dr. Nuray Kırdı

Doç. Dr. Nilgün Küçükkaraca

Doç. Dr. Sakine Memiş

Doç Dr. Nesrin Nural

Prof. Dr. Rukiye Pınar

Prof. Dr. Ümit Seviğ

Doç. Dr. Nuran Tosun

Prof. Dr. Beril Tufan

Prof. Dr. Besti Üstün

Doç. Dr. Sabire Yurtsever

Dr. Hülya Yücel

*Bilimsel Danışma Kurulları soyadı sırasına göre alfabetik olarak dizilmiştir.

23 MAYIS 2012	A SALONU	B SALONU
	3. Yaşlı Hastada Tip 2 Diyabet Tedavisi 2012 **Kurs Koordinatörü:** Doç. Dr. Serdar Güler	**3. Nutrisyon ve Beslenme Destek Ürünleri Kursu** **Kurs Koordinatörü:** Prof. Dr. Tanju Besler **Kurs Koordinatör Yardımcısı:** Doç. Dr. Meltem Halil
08:45-09:00	Açılış **Doç. Dr. Serdar Güler**	
09:00-10:30	Panel: Yaşlıda Diyabet Tedavisinde Oral Antidiyabetik İlaçlar **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Ahmet Sadi Gündoğdu, Doç. Dr. Mehmet Sargın** 09:00-09:20 Diyabette Yaşlılığa Özgül Özellikler **Doç. Dr. Mustafa Şahin** 09:20–09:40 Yaşlıda Tip 2 Diyabette Egzersiz-Beslenme Yönetimi **Doç. Dr. Oğuzhan Deyneli** 09:40–10:30 Yaşlı Hastalarda Tip 2 DM Tedavisinde Olgularla Oral Antidiyabetik İlaç Seçimi **Prof. Dr. Yüksel Altuntaş**	Panel: Malnutrisyona Genel Bakış **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Tanju Besler, Doç. Dr. Meltem Halil** Malnütrisyonun Önemi, Sonuçları, Tarama ve Tanı Yöntemleri **Prof. Dr. Tanju Besler** Beslenme Destek Tedavisinde Temel Prensipler **Doç. Dr. Meltem Halil** Beslenme Destek Tedavisinde Erişim Yolları - Enteral Beslenmenin Önemi **Doç. Dr. Osman Ersoy**
10:30-11:00	**KAHVE MOLASI**	
11:00-12:30	Tip 2 Diyabet Tedavisinde Zor Kararlar, Yaşlı Hasta - Genç Hasta **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Mustafa Kemal Balcı, Prof. Dr. Hüseyin Doruk** Yaşlı Hastada Metformin Sonrası İkinci İlaç Ne Olmalı? **Prof. Dr. Mustafa Kemal Balcı** Yaşlı Hastada Diyabette İlaç Güvenilirliği – Hipoglisemi **Doç. Dr. Yusuf Aydın** İlaç Uyumu, Hasta Takibi, Eğitim Sorunları, Yaşlı Hastada Sorunlar **Doç. Dr. Kamile Gül**	Panel: Hastanede Farklı Birimlerde Malnutrisyon Tedavisi **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Osman Abbasoğlu, Prof. Dr. Hülya Sungurtekin** Poliklinik Hastasında Beslenme Destek Tedavisi **Yrd. Doç. Dr. Zekeriya Ülger** Hospitalize Hastada Beslenme Destek Tedavisi **Prof. Dr. Aslı Çurgunlu** Yoğun Bakım Hastasında Beslenme Destek Tedavisi **Doç. Dr. Melda Aybar**
12:30-13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13:30-15:00	Yaşlı Hastada Tip 2 Diyabette İnsülin Tedavisi **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Kubilay Karşıdağ, Prof. Dr. Selim Nalbant** 13:30 - 14:00 Yaşlı Hastada İnsülinler ve GLP Analogları **Doç. Dr. Mesut Özkaya** 14:00 - 15:00 İnsülin Nasıl Başlanır, Nasıl Ayarlanır? Olgularla İnsülin Tedavisi **Prof. Dr. Kubilay Karşıdağ**	Panel: Özel Hasta Gruplarında Beslenme Destek Tedavisi **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Fatma Çelik, Doç. Dr. Yusuf Tamam** Perioperatif Beslenme Destek Tedavisi **Prof. Dr. Mehmet Uyar** Nörolojik Hastalıklarda Beslenme Destek Tedavisi **Uzm. Dr. Pakize Nevin Sütlaş** Diyabetik Hastada Beslenme Destek Tedavisi **Doç. Dr. Fulden Saraç**
15:00-15:15	**KAHVE MOLASI**	
15:15-16:15	Yaşlı Hastada Analog İnsülin mi, İnsan İnsülini mi ? **Oturum Başkanı:** **Prof. Dr. Çağatay Öktenli** İnsan İnsülini **Doç. Dr. Serdar Güler** Analog İnsülin **Prof. Dr. Abdurrahman Çömlekçi**	Olgu Oturumu: Enteral Beslenme Destek Tedavisi Olgular **Oturum Başkanları:** **Doç. Dr. Yaprak Seçil** Olgular - Oral Beslenme Destek Tedavisi **Uzm. Dr. Sevnaz Şahin** Olgular - Tüple Beslenme **Doç. Dr. Bülent Saka**
16:15-16:30		**KAHVE MOLASI**
16:30-17:15		Tartışma Oturumu: Malnutrisyonu Olan Hastada Tedavinin Farmakoekonomik Etkinliği **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Tanju Besler, Doç. Dr. Mustafa Cankurtaran** Abbott Medikal Müdürü (10 Dk.) **Dr. Tahsin Gökçem Özçağlı** Nestle Medikal Müdürü (10 Dk.) **Uzm. Dr. Meltem Sükan** Nutricia Medikal Müdürü (10 Dk.) **Uzm. Dr. Oraj Dikmen** Tartışma 15 Dakika
	SERTİFİKALARIN VERİLMESİ VE KAPANIŞ	

23 MAYIS 2012 C SALONU

1. Geriatrik Kardiyoloji Güncel Tedaviler 2012
Kurs Koordinatörü: Prof. Dr. Ömer Kozan
Kurs Koordinatör Yardımcısı:
Uzm. Dr. Sevnaz Şahin

Açılış **Prof. Dr. Servet Arıoğul**

Panel: Hipertansiyon; Tanı ve Tedavi 2012
Oturum Başkanları:
Prof. Dr. Ömer Kozan, Prof. Dr. Servet Arıoğul
Yaşlıda Hipertansiyon ve Tedavisi
Prof. Dr. Filiz Özerkan
İzole Sistolik Hipertansiyon, Ortostatik Hipotansiyon
Yrd. Doç. Dr. Ali Deniz
Zor Durumlar: İnme Sonrası Hipertansiyon, Diastolik Hipertansiyon
Doç. Dr. Barış Kaya

KAHVE MOLASI

Panel: Geriatrik Kardiyolojide Sık Kullanılan İlaçlara Genel Bakış
Oturum Başkanları:
Prof. Dr. Merih Kutlu, Prof. Dr. Teslime Atlı
Statinler, Fibratlar, Niasin
Prof. Dr. Murat Ersanlı
Warfarin, Klopidogrel, ve Yeni Antikoagulan İlaçlar
Prof. Dr. Merih Kutlu
Diüretikler, Digoksin, Nitratlar Hangi Hastada Ne Zaman ?
Uzm. Dr. Murat Varlı

ÖĞLE YEMEĞİ

Koroner Arter Hastalığı ve Yaşlı Hasta 2012
Oturum Başkanları:
Prof. Dr. Muzaffer Değertekin,
Prof. Dr. Kubilay Şenen
Yaşlıda Koroner Arter Hastalığı Kliniği ve Tanısında Farklılık Var mı?
Prof. Dr. Muzaffer Değertekin
Girişimsel Tedavi Karar Genç Hasta Popülasyonundan Farklı mı?
Prof. Dr. Engin Bozkurt
Koroner Arter Hastasının Birinci ve İkinci Basamakta Takibi Nasıl Olmalıdır?
Prof. Dr. Kubilay Şener

KAHVE MOLASI

Minipanel: İki Sorun İki Çözüm
Oturum Başkanları:
Prof. Dr. İzzet Tandoğan, Prof. Dr. Hüseyin Doruk
İleri Yaş Grubunda Kalp Yetmezliği Tedavisini Zorlaştıran Sorunlar ve Çözüm Önerileri
Uzm. Dr. Bünyamin Yavuz
Yaşlıda Pratik Yönleriyle Aritmilere Yaklaşım
Prof. Dr. Sedat Köse

23 MAYIS 2012 D SALONU

2. Yaşlı Ruh Sağlığı Çalışma Grubu Geriatrik Nöropsikiyatri de Tanı ve Tedavi Kursu 2012
Kurs Koordinatörü: Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu
Kurs Koordinatör Yardımcıları: Doç. Dr. Eylem Şahin Cankurtaran, Doç. Dr. Burcu Balam Yavuz

Önce Hastayı Değerlendirelim
Oturum Başkanları:
Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu,
Doç. Dr. Eylem Şahin Cankurtaran
Yaşlı Hastada Yatak Başı Zihinsel - Kognitif Değerlendirme Nasıl Yapılır?
Doç. Dr. Başar Bilgiç
Yaşlı Hastada Yatak Basında Psikiyatrik Değerlendirme Nasıl Yapılır?
Doç. Dr. Özlem Erden Aki
Yaşlıda Yatak Başında İşlevsellik Nasıl Değerlendirilir?
Doç. Dr. Ergün Bozoğlu

Panel
Oturum Başkanları:
Doç. Dr. Hülya Tireli, Doç. Dr. Ahmet Levent Mete
Yaygın Bedensel Belirtiler Yaşlılarda Ayırıcı Tanı Yaklaşımı
Prof. Dr. Lut Tamam
Deliryum: Nasıl Tanıyıp Tedavi Edelim
Uzm. Dr. Gülistan Bahat Öztürk
Depresyon Spektrumu: Yaşlılarda Ayırıcı Tanı Yaklaşımı
Yrd. Doç. Dr. Özden Arısoy

Panel: Alzheimer Hastalığı ve Tedavi
Oturum Başkanları:
Prof. Dr. Neşe Tuncer Elmacı, Doç. Dr. Orhan Yağız
Alzheimer Hastalığı: Ayrıcı Tanı Algoritması
Doç. Dr. Haşmet Hanağası
Hafif Kognitif Bozukluk ve Alzheimer Hastalığı Nasıl Ayıralım
Doç. Dr. Yusuf Sivrioğlu
Demans İlaçları (Asetil Kolin Esteraz İnhibitörleri ve Memantine) Etki ve Yan Etkileri Kullanım Özellikleri
Prof. Dr. Neşe Tuncer Elmacı

Panel: Yaşlıda Psikotrop Kullanımı
Oturum Başkanları:
Prof. Dr. Nevzat Yüksel, Prof. Dr. Ali Çayköylü
Demansta Antidepresan Seçimi : Genel İlkeler, Yeni Eğilimler
Doç. Dr. Sevim Baybaş
Kardiak ve Diabetik Hastada Antidepresan Seçimi
Doç. Dr. Haşmet Işıklı
Yaşlıda ve Demansta İnsomnia ve Tedavisi
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Ünal

24 MAYIS 2012

5. Geriatri Hemşireliği Kursu 2012
Kurs Koordinatörü:
Prof. Dr. Nuran Akdemir

Açılış **Prof. Dr. Nuran Akdemir**

Panel
Oturum Başkanı:
Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu
09:00–09:45 Aktif Yaşlanma ve Nesillerarası Dayanışma
Prof. Dr. Nuran Akdemir
09:45–10:30 Yaşlı Bireyde Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Değerlendirmesi
Doç. Dr. Fisun Şenuzun

KAHVE MOLASI

Panel: Göz Ardı Edilen Geriatrik Sendromlar
Oturum Başkanı:
Uzm. Dr. Sevnaz Şahin
Malnutrisyon/Hidrasyon Değerlendirmesi
Yrd. Doç. Dr. Özlem Küçükgüçlü
Yaşlılıkta Rehabilitasyon Süreci
Hem. Hülya Kayaoğlu
Yaşlıda Uyku Sorunları
Öğr. Gör. Dr. İmatullah Akyar

ÖĞLE YEMEĞİ

Panel
Oturum Başkanı:
Prof. Dr. Nalan Akbayrak
13:30–14:15 Deliryum Önleme, Erken Tanı ve Bakım
Yrd. Doç. Dr. Serap Özer
14:15–15:00 Yaşlıda Basınç Ülserlerini Önleme ve Bakım
Doç. Dr. Yasemin Yıldırım

KAHVE MOLASI

Tartışma Oturumu
Oturum Başkanı:
Prof. Dr. Nalan Akbayrak
Yaşlı Birey ile Çalışırken Uygulama Alanında Yaşanan Sorunlar
Hem. Hafize Demirok
Hem. Nuray Tayran

SERTİFİKALARIN VERİLMESİ VE KAPANIŞ

24 MAYIS 2012

	A SALONU	B SALONU
09:00-10:15	Panel **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Servet Arıoğul, Prof. Dr. Teslime Atlı** Malnutrition, Sarcopenia And Elderly 2012 **Prof. Dr. Cornel Sieber** (EAMA; Avrupa Geriatri Akademisi Başkanı) Geriatric Syndromes: What Are Mechanisms? **Prof. Dr. Timo Strandberg** (EUGMS Seçilmiş Başkanı) Is Sarcopenia The Equivalent Of Physical Frailty? **Prof. Dr. Jean Pierre Michel** (EUGMS Avrupa Geriatri Derneği Başkanı)	
10:15-10:30	KAHVE MOLASI	
10:30-11:15	Minipanel: Akılcı İlaç Kullanımı **Oturum Başkanları:** **Doç. Dr. Hanefi Özbek, Prof. Dr. Mehmet Akif Karan** 10:30–10:50 Devlet Politikaları Açısından Akılcı İlaç Kullanımı **Uzm. Dr. Burçak Deniz Dedeoğlu** 10:50–11:05 Akılcı İlaç Kullanımı ve Geriatri **Doç. Dr. Mustafa Cankurtaran** 11:05–11:15 Tartışma	Sözlü Bildiriler (1-6) **Oturum Başkanları: Prof. Dr. Deniz Suna Erdinçler, Doç. Dr. Sinan Emre, Uzm. Dr. Sibel Akın**
11:15-11:30	KAHVE MOLASI	
11:30-12:30	Geriatrik Popülasyonun Nütrisyonel Taramasında "Altın Standart" olarak MNA® ve Oral Nütrisyonel Süplemantasyon **Oturum Başkanı: Doç. Dr. Mustafa Cankurtaran** **Konuşmacılar: Prof.Dr. Cornel Sieber, Prof.Dr. Aslı Çurgunlu** NestlēHealthScience	Sözlü Bildiriler (7-13) **Oturum Başkanları: Prof. Dr. Vecdet Tezcan, Uzm. Dr. Yavuz Altunkaynak, Uzm. Dr. Tolga Taymaz**
12:30-13:30	ÖĞLE YEMEĞİ	
13:30-14:30		Sözlü Bildiriler (14-20) **Oturum Başkanları: Prof. Dr. Tanju Beğer, Doç. Dr. Bayram Kaymak, Uzm. Dr. Zeynel Abidin Öztürk**
14:30-14:45	KAHVE MOLASI	
14:45-15:45	THN Projesi Sonuçları (Türkiye Huzurevleri ve Bakımevleri Nütrisyonel Durum Değerlendirme Projesi) **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Servet Arıoğul, Prof. Dr. Fehmi Akçiçek** Proje Sonuçları **Doç. Dr. Mustafa Cankurtaran** Geriatrik Malnütrisyon ve Sağlık Ekonomisi **Uzm. Dr. Feza Kırbıyık** (Bu panel Nutricia firmasının koşulsuz desteğiyle gerçekleştirilmektedir.)	Sözlü Bildiriler (21-27) **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Hüseyin Doruk, Doç. Dr. Derun Ertuğrul, Uzm. Dr. Sumru Savaş**
15:45-16:00	KAHVE MOLASI	
16:00-17:30	Ülkemizde Yaşlılık Politikaları **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Servet Arıoğul; Prof. Dr. Erkan Çoban** Geriatri Bakış Açısı **Yrd. Doç. Dr. Zekeriya Ülger** Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Geriatri **Dr. Aylin Çiftçi** Türkiye'de Evde Bakım Uygulamaları **Uzm. Dr. Sumru Savaş** Sahadan Bakış **Uzm. Dr. Nil Tekin**	Panel: Yaşlıda Beslenme Destek Tedavisi 2012 **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Deniz Suna Erdinçler, Prof. Dr. Hale Akpınar** Bakımevlerinde Malnutrisyon ve Tedavisi **Doç. Dr. Bülent Saka** Demansta Malnutisyon Tedavisi **Uzm. Dr. Sevnaz Şahin** Olgularla Yaşlıda Malnutrisyon, Sarkopeni ve Tedavisi **Doç. Dr. Meltem Halil** Oral ve Enteral Beslenme Destek Tedavilerinde Sorunlar ve Çözüm Önerileri **Doç. Dr. Tarkan Karakan**
17:30-17:45	KAHVE MOLASI	
17:45-18:45	Açılış Açılış Oturumu Sunumu: **Prof. Dr. Aslı Çurgunlu** **Prof. Dr. Teslime Atlı** (Kongre Eş Başkanı) **Dr. Kadircan Tuncel** (AHEF Sekreteri) **Prof. Dr. Jean Pierre Michel** (EUGMS Başkanı) **Doç. Dr. Hanefi Özbek** (T.C.S.B. İlaç ve Eczacılık Gn. Md. Yrd.) **Doç. Dr. İsmet Tamer** (TAHEV Kurucusu ve AHEAD Genel Sekreteri) **Prof. Dr. Servet Arıoğul** (Akademik Geriatri Derneği ve Kongre Başkanı) **Sayın Fatma Şahin** (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı)	

25 MAYIS 2012

	A SALONU	B SALONU
09:00-10:15	Panel: Tip2 Diyabet 2012 **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Temel Yılmaz, Prof. Dr. İlhan Yetkin** Oral Antidiyabetik İlaç Seçimi Nasıl Olmalı ? **Prof. Dr. Alper Gürlek** Diyabet Tedavisinde İnsülin Kime, Ne Zaman, Hangi Dozda? **Prof. Dr. Sevim Güllü** Diyabet İlaçlarında Güvenlik Sorunu Sürüyor mu? **Doç. Dr. Ramazan Sarı**	Minipanel: İki Sorun İki Çözüm **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Kerim Güler, Prof. Dr. Nurdan Çetin Köktürk** KOAH Tanı ve Tedavisi 2012 **Doç. Dr. Akın Kaya** Geriatrik İmmunizasyon **Prof. Dr. Selim Badur**
10:15-10:30	KAHVE MOLASI	
10:30-11:15	Minipanel: Güncel Tartışmalar **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Aytekin Oğuz, Prof. Dr. Mehmet Akif Karan** Kan Şekerini Nereye Kadar Düşürelim? **Doç. Dr. Murat Yılmaz** Kan Basıncını Nereye Kadar Düşürelim? **Prof. Dr. Enver Atalar**	Konferans **Oturum Başkanı: Prof. Dr. Aslı Çurgunlu** Yaşlı Hastada Kanser Tarama Testleri, Kanseri Nasıl Erken Tanırız? **Prof. Dr. Gökhan Demir**
11:15-11:30	KAHVE MOLASI	
11:30-12:30	Panel: Alzheimer Hastalığı 2012 **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Demet Özbabalık, Prof. Dr. Hüseyin Doruk** Kimler Alzheimer, Erken Nasıl Tanırız? Erken Tedavinin Önemi **Prof. Dr. Görsev Yener** Alzheimer Hastalığı Tedavisi 2012 **Prof. Dr. Gökhan Erkol** Alzheimer Tedavisinde Demans İlaçlarının Kognisyon Dışı Etkileri Gerçekte Ne Kadar İşe Yarıyor, İleri Evrede Tedaviye Tamam mı Devam mı? **Prof. Dr. Mustafa Bakar**	Sözlü Bildiriler (28 – 34) **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Murat Turgay, Uzm. Dr. Yusuf Yeşil**
12:30-13:30	ÖĞLE YEMEĞ	
13:30-14:30	Dispepsi Tedavisi ve Kırık Riski **Doç. Dr. Mustafa Cankurtaran** actavis think smart medicine	Sözlü Bildiriler (35 – 40) **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Teslime Atlı, Dr. Erhan Kabasakal,** **Doç. Dr. Alparslan Kılıçarslan**
14:30-14:45	KAHVE MOLASI	
14:45-16:00	Geriatrik Psikiyatri Paneli **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Tanju Beğer, Prof. Dr. İsmet Kırpınar** Depresyon Tedavisinde Doğrular Yanlışlar **Uzm. Dr. Semra Kaymak** Olgularla Yaşlıda Anksiyete ve Somatizasyon **Prof. Dr. Mukaddes Ayşin Noyan** Demansta Davranış Bozukluklarının Tedavisi **Doç. Dr. Eylem Şahin Cankurtaran**	Yenilikler: 2012'de Literatürde Dikkatimi Çekenler **Oturum Başkanları:** **Doç. Dr. Zeynep Dilek Aydın, Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akif Yalçın** Kardiyovasküler ve Metabolizma **Uzm. Dr. Berrin Karadağ** Nöropsikiyatri **Uzm. Dr. Fatih Tufan** Kasiskelet **Uzm. Dr. Mehmet İlkin Naharcı** Nutrisyon **Uzm. Dr. Ahmet Yalçın**
16:00-16:15	KAHVE MOLASI	
16:15-17:30	Aile Hekimliği ve Geriatri Paneli **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Deniz Suna Erdinçler** **Dr. Kadircan Tuncel** (Adana AHED Başkanı), Birinci Basamak ve Yaşlı Sağlığı; Türkiye'de Güncel Durum **Dr. Berkant Genç** (İAHDER Başkanı) Kronik Hastalık Yönetiminde Birinci Basamak İçin Pratik Öneriler **Dr. Esra Üçüncüoğlu** (İSTAHED Pendik Temsilcisi) Evde Bakımda Aile Hekiminin Sorunları - Çözüm Ömerileri **Dr. Halil Aktaş** (AHEF Eğitim Komisyonu Başkanı) Evde Bakımda Aile Hekiminin Sorunları - Farklı Bakış **Dr. Murat Bolat** (İZAHED Başkanı)	Panel: Yaşlıya Kurumsal Bakımda "Birey Odaklı" Model Çalışmaları **Oturum Başkanı:** **Prof.Dr. Işın BARAL Kuaksızoğlu** Darülaceze Geriatri Konseyi Modeli **Prof.Dr. Mehmet Akif Karan** Yaşlıları Uzun Süre Takip Sistemi Modeli **Dr. Nurullah Yücel** Kurumsal Bakımda Otomasyon Sistemi Model **Hakan Farımaz**

26 MAYIS 2012

	A SALONU	B SALONU
09:00-10:15	Panel: Hipertansiyon Tedavisi 2012 **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Ali Oto, Prof. Dr. Fehmi Akçiçek** Hangi RAS Blokeri (ACE/RB), Grup Etkisi mi Moleküler Etki mi? **Prof. Dr. Yunus Erdem** RAS Dışı İlaçların Hipertansiyon Tedavisindeki Yeri, Eski Dostlar Tekrar mı Geliyor ? **Prof. Dr. Adnan Abacı** Kombinasyon Ama Nasıl? **Prof. Dr. Fatih Sinan Ertaş**	Panel: Yaşlı Hastada Ne Yapmalı Nasıl Yapmalı ? 3 Konu 3 Uzman **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Çavlan Çiftçi, Prof. Dr. Aslı Çurgunlu** Yaşlı Hastada Anemi Ne Yapmalı, Ne Kadar Araştırmalı? **Prof. Dr. Reyhan Diz Küçükkaya** Ortogeriatri Kavramının Önemi; Nasıl Çalışmalı ? **Prof. Dr. Abdullah Göğüş**
10:15-10:30	KAHVE MOLASI	
10:30-11:15	**Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Zeynel Mungan, Doç. Dr. Reşat Dabak** Yaşlıda Asit Peptik Hastalıklara Yaklaşım **Prof. Dr. Zeynel Mungan** İrritabl Barsak Hastalığı ve Yaşlı Hasta Ne Yapmalı? **Prof. Dr. Cem Kalaycı**	
11:15-11:30	KAHVE MOLASI	
11:30-12:30	Panel: Son 2 Yılda Tedavide Neler Değişti ? **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Çetin Turgan, Doç. Dr. İsmet Tamer** Hipertansiyon İlaçları **Doç. Dr. İlker Taşçı** Dislipidemi İlaçları; Kime Nasıl? **Uzm. Dr. Sevgi Aras** Ağrı Kesiciler; Hangisini Seçelim? **Doç. Dr. Sibel Eyigör**	Geriatri Fizyoterapi - Hemşirelik Ortak Oturumu **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Nuran Akdemir, Prof. Dr. Hülya Kayıhan** Kronik Hastalıklarda Yaşlıda Sık Görülen Sorunlara Hemşirelik Yaklaşımı **Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu** Diyabetik Hastalarda Ergoterapi **Prof. Dr. Hülya Kayıhan** Yaşlı-Diyabet: Sık Karşılaşılan Problemlere Güncel Hemşirelik Yaklaşımları **Prof. Dr. Nalan Akbayrak** Diyabetli Yaşlılarda Fizyoterapi Yaklaşımları ve Fiziksel Aktivite **Prof. Dr. Filiz Can**
12:30-13:30	ÖĞLE YEMEĞİ	
13:30-14:45	Minipanel: Osteoporoz Tedavisi ve Ağrıya Yaklaşım 2012 **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Ender Terzioğlu, Prof. Dr. İhsan Ertenli** Osteoporoz ve Kırık **Prof. Dr. Mazhar Tokgözoğlu** Osteoporoz İlaçlarında Etkinlik **Prof. Dr. İhsan Ertenli** Osteoporoz İlaçlarında Güvenlik, İlaç Uyumu **Prof. Dr. Gökhan Keser** Osteoartrit-Gonartroz-Romatizma; Yaşlının Ağrı Sorununu Nasıl Giderelim? **Prof. Dr. Sedat Kiraz**	Yaşlılık Platformu Paneli Platformu Tanıyalım **Prof. Dr. Nuran Akdemir** 2012 Avrupa Aktif Yaşlanma Yılı Neler Getiriyor **Doç. Dr. Burcu Balam Yavuz** Yaşlı Hakları ve Yaşlı Hukuku **Cafer Tufan Yazıcıoglu** (Türkiye Emekliler Derneği Hukuk Müsaviri)
14:45-15:15	KAHVE MOLASI	
15:15-16:30	Geriatrik Sendromlarda Tedavi **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Yalçın Kepekçi, Prof. Dr. Ali Ergen** Olgularla Üriner İnkontinans ve Aşırı Aktif Mesane **Doç. Dr. Kubilay İnci** Palyatif Bakım ve Geriatri **Uzm. Dr. Alper Döventaş** Bası Yaraları Tedavisinde Kullanılan Ürünleri Ne Kadar Biliyoruz, Uyguluyoruz ? **Dr. Bülent Erdoğan**	
16:30-17:00	Kapanış Töreni **Uzm. Dr. Murat Varlı** **Uzm. Dr. Sevnaz Şahin** **Uzm. Dr. Alper Döventaş** **Uzm. Dr. Gülistan Bahat Öztürk**	

5. Akademik Geriatri 2012

3. Yaşlı Hastada Tip 2 Diyabet Tedavisi Kursu 2012

Konuşma Metinleri

Yaşlıda Tip 2 Diyabette Egzersiz-Beslenme Yönetimi

Dr. Oğuzhan Deyneli

Marmara Üniv. Endokrinoloji ve Metab. Hast. BD.

Ülkemizde diyabet sıklığı geriatrik yaş grubunu da etkileyecek şekilde son 10 yılda neredeyse 2 kat artmıştır. Yaşlılıkla birlikte sıklığı artan kötü beslenme, eşlik eden hastalıklar, insülin sekresyonunda azalma, fiziksel aktivitede azalma gibi faktörler diyabet gelişimini kolaylaştırmaktadır. Bununla birlikte yaşlanmaya bağlı meydana gelen fizyolojik değişiklikler klasik DM belirti ve bulgularını da değiştirerek geç tanı konulmasına yol açabilmektedir. Diyabetli bireylerde yaşlanma daha hızlıdır ve düşkünlük daha erken yaşta başlar. Depresyon, günlük işlerini yerine getirememe ve düşme riski yaşlı diyabetlilerde artmıştır. Beslenme bozukluğuna bağlı ortaya çıkan sarkopenik obezite [yağ dışı kitlede azalma(lean)+aşırı yağlanma]diyabetli bireylerin morbidite ve mortalitesini yükseltmektedir. Diyabetli yaşlılarda beslenmenin değerlendirilmesi beslenme öyküsü ile başlamalı, psikososyal ve çevresel değerlendirmeyi de içermelidir. Beslenme uzmanı tarafından verilen tıbbi beslenme tedavisi yeni tanı diyabetlilerde HbA1C'yi %1-2, en az 4 yıldır diyabeti olanlarda da % 1 azaltır. Yaşlılarda enerji ihtiyacı değişen vücut kompozisyonu ve egzersiz miktarı nedeniyle %20-30 daha azdır. Fiziksel aktivite kas kaybını önlemek için gereklidir. Egzersiz programı planlanırken kardiyak iskemi, muskuloskeletal sorunlar, nöropati varlığı ve hipoglisemi riski (hipoglisemi önlemi için insülin veya insülin sekretagog dozlarında ayarlama gerekebilir) göz önüne alınmalıdır. Obez hastalar için 6 ayda %5-10'luk kilo kaybı DM kontrolü için yararlıdır. Sonuç olarak yaşlı diyabetli bireylerin tedavisinde bireye özel beslenme ve egzersiz planı sağlıklı hayatta tutmayı hedeflediğimiz hastalarımızın tedavilerinin vazgeçilemez parçalarıdır.

Kaynaklar:

1. TEMD-Diabetes Mellitus ve Komplikasyonları Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2011
2. Standards of Medical Care in Diabetes—Diabetes Care. 35, Suppl.1, JANUARY 2012

Yaşlı Hastalarda Olgular İle Oral Antidiyabetik Tedavi

Prof. Dr. Yüksel Altuntaş

Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Eğitim Görevlisi

Yaşılıkta kendi kendilerine bakım sağlamadaki güçlük, bir başkasının yardımına gereksinim duyma , ciddi demanslarda açlık hissine duyarsızlık sonucu ağırlık kaybı, tokluk hissine duyarsızlık sonucu dehidratasyon (eğer düzeltilmez ise hiperozmalar non-ketotik durum oluşur) ve de sık görülen depresyon kötü hijyene, anoreksiye ve ilaç tedavisine uyumsuzluğa yol açabilir.Diyabet açısından yaşlı diabetiklerde önemli fizyopatolojik değişmeler oluşur. Bunlar post prandial glisemide daha fazla artış, glukoz absorbsiyonunda yavaşlama, HGÜ supresyonunda gecikme ve de LBM azalma, vücut yağında artmadır. Yaş arttıkça insüline karşı direnç de artarak 3. dekattan sonra her dekat için 75 gr glukozdan sonraki postprandiyal glukoz 7-13 mg/dl artar(1,2). Ayrıca beslenme özellikleri de değişiklik gösterir. Yaşlı diyabetiklerde metformin,sulfonilüreler, glinidler, gliptinler rahatlıkla verilebilir. Glitazonların seçilmiş uygun vakalarda vermek daha uygun olur.Yaşam tarzı değişikliği sonrası monoterapi olarak verilebilecek tek ilaç eğer tolere edebiliyorsa metformindir. 80 yaşına kadar güvenle verilebilir.Sulfonilüreler de düşük dozlarda başlanmalı ve de hipoglisemiye dikkat edilmelidir. Orta dozlar ile yüksek dozlar arasında etkinlik bakımından bir fark olmadığından mümkünse düşük dozlar ile başlanmalı maksimum dozlara çıkmadan yavaş doz artırımları ile orta dozlara gelinmelidir. Metformin, sulfonilüreler ve glitazonlar ağırlıklı etkilerini açlık kan şekeri üzerine gösterirler. Açlık kan şekerinin fazla yüksek olmadığı veya normal olduğu fakat postprandiyal kan şekerinin yüksek olduğu durumlarda nonsülfonilüre olan glinidler veya alfa glukosidaz inhibitörleri uygun seçenek olabilirler. Yaşlılarda yaşa göre antidiyabetik ilaçları seçmek gerekir. Örneğin metformin için kullanım sınırı 80 yaştır. Sulfonilürelerde ve glinidlerde yaş kısıtlaması bulunmamaktadır.Yapılan çalışmalarda pioglitazonlar 75 yaşına kadar kullanılmıştır. Sitagliptin, saxagliptin 65-75 yaş için vildagliptin 75-84 yaş için güvenlidir(3,4).Yaşılarda osteoporoz ve kemik fraktürleri de önemli bir sorundur. Yapılan çalışmalarda sulfonilüreler ve glitazonlar ile fraktür riskinde artış gözlenmiştir(5).Gliptinlerile risk azalması gösterilmiştir(6). Hipogliseminin hipocampal atrofiye yol açarak Alzheimer için tetikleyici olduğu ileri sürülmüştür.Hipoglisemiye yol açan ilaçlara bu nedenle de dikkat etmek gerekir. Pioglitazone ile Alzheimer üzerine olumlu etki gösterilmiştir(7). Yine metforminin Parkinson hast. riskini azalttığı gösterilmiştir. Parkinson hastalığı riskinin sulfonilüreler ile daha fazla olduğu(8) pioglitazonların ise koruyucu olduğu ileri sürülmüştür(9). Sonuç olarak yaşlılarda OAD tedavisini bireyselleştirmek gerekir.

KAYNAKLAR

1. Broughton DL, et al.Peripheral and hepatic sensitivity in healthy elderly subjects. Eur J Clin Invest 1991;21:13.
2. McConnell JG et al.Glucose tolerance in the elderly:The rol of insulin and its reseptor. Eur J Clin Invest 1982;12:55.
3. Barzilai et al.Cur Med Res Opin 2011;27:1049-58.
4. Doucet J et al. Cur Med REs Opin 2011:4;863
5. Colin R. Arch Intern Med 2009;169:1397
6. Monami M et al. Diabetes Care. 2011 Nov;34(11):2474-6.
7. Dhikav V et al. Drugs Aging 2011 Jan 1;28(1):1-11
8. Wahlqvist ML et al. Parkinsonism Relat Disord 2012 Apr 10
9. Hirsch EC et al. Ann N Y Acad Sci 2003 Jun;991:214-28

Yaşlı Hastada Diyabette İlaç Güvenirliği-Hipoglisemi

Doç. Dr. Yusuf Aydın
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Bölümü

21 yüzyılda ekonomik refah ve sağlık alanlarındaki gelişmeler sonucunda bireylerin yaşam süreleri uzamıştır. Bununla birlikte yaşlı populasyon ve onların hastalıklarını değerlendirmede farklılıklar daha da belirginleşmiştir.

Diyabet günümüzde obesite ile birlikte beklenenlerin çok daha üstünde bir görülme sıklığına ulaşmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda diyabet prevelansının %14'lere vardığı ve artışın daha sonraki yıllarda daha fazla olacağı öngörülmektedir. Tip 2 Diyabetes Mellitus (DM) yaşla beraber artış göstermektedir. Özellikle geriatrik populasyonda %35'lere kadar varan bir görülme sıklığına ulaşmıştır. Her üç kişiden birisi diyabet ve bir o kadar kişide diyabet açısından riskli grup içerisindedir. Bu sebeple yaşlı populasyonda sıklıkla izlenen ve bir çok mikro ve makrovasküler komplikasyona yol açan diyabet bu yaş grubunda daha dikkatli değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir.

Yaşlı hasta grubunda diyabet tanı ve tedavisi ile ilgili çok çeşitli sorunlar yaşanabilmektedir. Bu hastalarda diyabet tedavisini planlarken dikkat edilmesi gereken ve tedaviyi engelleyen veya zorlaştıran çeşitli faktörler vardır. Bunlar sırasıyla;

- Diyabet tanısında gecikme (atipik semptomlar)
- Yaşam beklentisi
- Komorbit hastalıklar (Nöropati, retinopati, periferik arter hastalığı)
- Serebral yaşlanma
- Aterosklerotik hastalıklar
- Kardipulmoner reserv (KOAH-KKY)
- Hepatik glikojen ve yağ dokusunda azalma
- Elektrolit bozuklukları (Hiponatremi, hipo-hiperkalemi)
- Serebrovasküler hastalıklar (sekeller)
- Beslenme bozuklukları (malnutrisyon)
- Polifarmasi
- Depresyon
- Kognitif bozukluklar
- Uriner inkontinası
- Düşme tehlikesi
- Diyabet komplikasyonları (nöropati, nefropati, retinopati, otonom disfonksiyon)
- Vücut ağırlığı (obez, zayıf, kaşektik)

DM saptanan hastalarda tedavi planlanırken tüm bu faktörler mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü verdiğimiz tedavi öncelikli olarak hastaya zarar vermeyecek ve hayat kalitesini, yaşam süresini ve hastalık progresyonu değiştirecek şekilde planlanmalıdır.

Özellikle yaşlı hastalarda kronik hastalıklar sebebi ile polifarmasi çok dikkat edilmesi gereken bir klinik durumdur. Vereceğimiz ilaçların etkileşimi çok önemlidir. Diyabeti olan bir geriatrik hastada seçeceğimiz ilaç tedavisinde hastanın klinik durumu açısından aşağıdaki faktörler mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

- Klinik durumu
- Komorbid hastalığı
- Vücut ağırlığı
- Tedavideki hedefler
- Bakım sorunu
- Uygulama kolaylığı
- Yan etki profili
- Tedavi maliyeti

Bu faktörlerin ışığı altında tedavi seçenekleri planlanmalıdır.

Diyabetik geriatrik hastalarda tedavi planlandıktan sonra hedef HbA1c durumu tesbit edilmelidir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda özellikle geriatrik ve altta yatan kardiovasküler hastalığı (KVH) olan kişilerde ortaya çıkan hipoglisemi mortalitede artış yol açtığı izlenmiştir. Bu sebeple diyabet hastalarında 10 yıllık hayat beklentilerine göre hedef HBA1c belirlenmelidir.

- Yaşam beklentisi >10 yıl ise HbA1c <7-6.5
- Yaşam Beklentisi 5-10 yıl ise HbA1c 7-7.5
- Yaşam Beklentisi <5 yıl HbA1c 7.5-8

Özellike çok sıkı kan şekeri kontrolü hedeflenen hastalarda hipoglisemi çok fazla oranda gözlenmekle beraber diğer başka klinik durumlarda da hipoglisemi izlenebilmektedir. Hipoglisemi riskini artıran klinik durumlar aşağıdaki gibi sıralanabilir.

Hastalıkla ilgili Durumlar

- Otonom nöropati (hipoglisemiyi algılyamama)
- Kognitif bozukluk (unutkanlık, beslenme, ilacı fazla alma)
- Endokrin hormon eksiklikleri
- Hepatik yetersizlik
- Beslenme bozukluğu (glikojen depo)
- Renal yetmezlik

Yaşam Tarzı ile ilgili

- Diyet hataları (besinlere ulaşamama, hazırlayamama)
- Alkol tüketimi

İlaçlar ile ilgili

- Sulfonilüre kullanımı, insulin kullanımı
- Sıkı kan şekeri kontrol hedefi belirlenmesi
- Polifarmasi (yanlış kullanımlar)
- Sedatif ilaç kullanımı

Hipoglisemi diyabetik tüm hastalarda istenmeyen ve sevilmeyen bir yan etki olmakla birlikte yaşlı populasyonda bu komplikasyon hayatı tehdit edici sonuçlara yol açabilir. Geriatrik hastalarda hipoglisemi sonucunda aşağıdaki komplikasyonları görülme ihtimali daha yüksektir.

- Akut koroner sendrom
- Akut KKY
- Düşme kırıkları
- Hayat kalitesinde düşme
- Nokturnal Hipoglisemi
- Artmış SVO
- Ölüm

Bu sebeple geriatrik diyabetik hastalarda hipoglisemi yan etkiden mutlaka kaçınılacak tedbirler alınmalıdır. Tedavi planlanırken hipoglisemi yapma potansiyeli yüksek ilaçlar ilk seçenek olarak kullanılmamalıdır. Geriatrik diyabetiklerde hipoglisemi sonrası artmış mortalitenin sebepleri aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- Kardiak aritmiler (otonom nöropati)
- Artmış tromboza yatkınlık, azalmış tromboliz
- Hipoglisemi anında izlenen katekolamin artışı (Adrenalin-Noradrenalin)
- Kalp hızında artış
- Sessiz iskemi
- Miyokard infaktüsü

Geriatrik bir diyabetik hasta tedavisi planlanırken aşağıdaki parametrelerin mutlaka irdelenmesi gereklidir.

Öykü, fizik muayene (cilt altı yağ dokusu, obesite, kaşeksi….) mutlaka değerlendirilmelidir.

Laboratuar:

- AKŞ, TKŞ, HbA1c
- Lipid profili
- Renal fonksiyon testleri, elektrolitler
- TİT, Alb/kreat
- Karaciğer fonksiyon testi
- EKG
- Göz muayenesi
- Beslenme alışkanlığı, diyet uyumu (ara öğünler),
- Kognitif fonksiyon durumu

Bu değerlendirmeden sonra hipoglisemiye yol açmayacak ve daha önce bahsettiğimiz HbA1c hedeflerine ulaşacak şekilde diyabet tedavisi planlanmalıdır. Bu tedavi planlamasında kullanabileceğimiz tedavi alternatifleri aşağıda özetlenmiştir.

METFORMİN:Yaşlılarda güvenle kullanılabilir. Kontra endike olmadığı sürece ilk her zaman ilk seçenek tedavi olmalıdır. Hipoglisemi yapmaz ve kilo aldırmaz. HbA1c'yi tek başında %1-1.5 kadar düşürebilir. Ayrıca malign hastalık gelişimini azalttığı gösterilmiştir. Hipoglisemi görülmez ancak anorektik, zayıf hastalarda hipoglisemi yapabilir.

Metforminin kontraendike olduğu durumlar şu şekilde sıralanabilir.

- Anorektik
- Kaşektik zayıf,
- KBY veya kreat >1.4 ise
- Kronik KC hastalığında
- KKY (Evre 3-4)
- Ağır KOAH
- Yaş>80
- Periferik arter hastalığı

PİOGLİTAZON: PPAR gama agonistidir. Hipoglisemi yapmadığı biliniyor. Ancak sıvı retansiyonu ve ödemle birlikte kalp yetersizliği görülme riskini artırmaktadır. Özellikle sulfonilüreler ile birlikte sıvı retansiyonu ve kilo aldırıcı etkisi daha belirginleşir. Osteoportik kırık riskinde artmaya yol açtığı gösterilmiştir. Pioglitazon tek başına veya diğer oral antidiyabetikler ile kombine kullanılabilir.

Pioglitazonun kontraendike olduğu durumlar şu şekilde sıralanabilir.

- KKY

- Geçirimiş iskemik kalp hastalığı
- Kalp kapak hastalığı olanlarda
- Yaş>75
- İnsulin kullananlarda
- Dökümente Osteoporoz veya kırık öyküsü varsa

SULFONİLÜRELER VE SEKRETOGLAR:

Sulfonilüreler (SU) ve glinitler (repaglinid ve nateglinid) pankreastan depolanmış insulin salınımını uyarırlar. Özellikle yaşlılarda uzun etkili SU kullanımı artmış hipoglisemi riskine sahiptir. Glinitler özellikle postprandial etkinliklerinin olması ve etki sürelerinin kısa olması sebebi ile hipoglisemi açısından daha az riskli olduğu gözlenmektedir. Glinitler genellikle metformin ile kombine kullanımları önerilmektedir.

Sulfonilüre kullanan ve aşağıdaki özelliklere sahip hastalar hipoglisemi açısından dikkatle takip edilmelidirler.

- >75 yaş
- Zayıf, kaşektik
- Beslenmesi bozuk
- Hipoglisemiyi algılayamamak
- Renal ve Karaciğer fonksiyonu bozuk olanlar
- Polifarmasi

SU arasında hipoglisemi açısından en fazla hipoglisemi görülenden en az görülene göre şöyle sıralanabilir: Glibecl amid>Glipizid>glimeprid>gliclazid. Bu ilaçlar arasında en az hipoglisemi riskine sahip olan gliclazid ile bile ağır hipoglisemi vakaları bildirilmiştir. Bu sebeple SU başlanacak geriatrik hastalar yukarıdaki özellikler açısından çok iyi irdelenip tedavileri planlanmalıdır.

DPP-IV iNHİBTÖRLERİ (SİTAGLİPTİN-VİLDAGLİPTİN):

Endojen GLP-1 i degrede eden DPP-IV enzimini bloke ederek etki gösterir.Tek başlarına HbA1c %0.5-1 arasında düşürür. Metformin, pioglitazon, sülfonilüreler ile kombine edilebilinir. Sulfonilüreler ile kombinasyonda hipoglisemi riski fazladır. Kilo aldırıcı etkisi yoktur. Hafif ve orta renal yetmezliklerde kullanılabilinir. Sitagliptinin geriatrik hastalarda güvenle kullanılabileceği herhangi olumsuz kardioavasküler yan etkiye yol açmadığı gösterilmiştir. Hipoglisemik atak ihmal edilebilir derecede düşüktür. Fiyat dezavantajları sebebi ile az tercih edilmektedirler. Hafif ve orta KC fonksiyon bozukluğunda kullanılabilir**.** Renal yetmezliği olanlarda doz ayarlaması yapılmalıdır.

Doz ayarlaması:

Renal bozukluğu olmayan kişilerde, Vildagliptin 50 mg 2x1, sitagliptin 100 mg 1x1 şeklinde uygulanırken;

- Kreatinine Klirensi <50 ml/dk----------Doz %50 azaltılmalıdır.
- Kreatinine Klirensi <30 ml/dk---------Sitagliptin 25 mg/gün

GLP-1 AGONİSTLERİ (EXENATİDE, LİRAGLUTİD)

Endojen GLP-1 agonisti etkisi ile endojen glukagon salgısını baskılar, mide boşalmasını yavaşlatır, iştahı baskılar ve pankreas Beta hücrelerinde rejenerasyonu sağlayarak insulin salgısını uyarır. Özellikle obez diyabetik hastalarda tercih edilebilir. Hipoglisemi riski düşüktür. Subkutan (sc) şekilde kullanılası dezavantaj gibi görünmekle birlikte sabit dozda kullanılması önemli bir avantajdır. Kilo aldırmaması da diğer önemli bir avantaj olarak sıralanabilir. Şiddetli bulantı kusma yapar (%10-20). 75 yaş altında olan, obez, diyet uyumu kötü kişilerde tercih edilebilir.

Kontraendikasyonları

- >75 yaş
- Zayıf, beslenmesi bozuk olanlarda
- Pankreatit öyküsü olanlarda
- Safra kesesi taşı öyküsü olanlarda

ALFA GLUKOZİDAZ İNHİBİTÖRLERİ (AKARBOZ)

Postprandial kan şekerini düşürme üzerinde etkilidir. HbA1c % 0,5-1 oranında düşürür. Hipoglisemi yapmaz. Gastrik iritasyon yapabilir (gaz, şişlik, bulantı kusma). Ağır renal ve karaciğer yetmezliğinde kullanılmaz.

KOMBİNASYON TEDAVİSİ

Yukarıda bahsedilen oral antidiyabetik ilaçlar çoğu zaman kan şekeri kontrolünde ve hedefe ulaşmada yetersiz kalabilir. Bu durumlarda kombinasyon tedavileri önerilmektedir. Kombinasyon tedavilerinde en önemli problem yine hipoglisemidir. Geriatrik hastalarda hipoglisemi açısından en az riskli gruplar kombinasyonu tercih edilmelidir. Araştırmalarda tedaviye eklenen SU her zaman daha fazla hipoglisemiye yol açtığı gözlenmiştir.Bu sebeple geriatrik hastalarda ikinci seçenek tedavide metforminin yanında DPP-4 inhibitörleri veya pioglitazon tedavisi başlanabileceği önerilmektedir. Metformine eklenen glinidlerde hipoglisemiye yol açabilmekte ancak SU'lere göre daha az hipoglisemi bildirilmiştir.

İNSULİN TEDAVİSİ

İnsulin diyabetin her evresinde ve her yaşta kullanılabilir. İnsuline geçilmesi için yaşlılar için belirlenmiş özel kriterler yoktur. Diğer tip 2 DM hastalarında olduğu gibi insulin ihtiyacı olduğu zaman insulin tedavisine geçilmelidir. Kısaca aşağıdaki durumlarda insulin tedavisi gecikmeden başlanmalıdır.

Yaşlılarda insulin Endikasyonları

- Maksimum doz OAD ile hedefe ulaşılamaz ise
- Akut komplikasyonlar mevcut ise (DKA, HONKK)
- Ağır enfeksiyonlarda
- Akut stres hallerinde (MI, travma, SVO)

Hangi insulinle başlanması konusunda çok değişik öneriler olmakla birlikte yaşlılarda hipoglisemiye en az yol açacak tedavi seçeneği planlanmalıdır. Genel olarak bazal insulin ile başlanması önerilmektedir. Bazal insulin olarak, NPH, insulin detemir ve insulin glargin tedavileri başlanabilir.Bazal insülinler arasında analog insulinler NPH insuline göre daha az hipoglisemiye yol açtığı bilinmektedir.

Başlangıç tedavisi olarak bazal insulin 0.1-0.2 iu/kg olacak şekilde tedavi başlanıp doz titrasyonu yapılabilir. Veya zayıf hastalarda 10 iu/gün, obezlerde 14-16 iü/gün sc şeklinde başlanabilir. Bazal insülinlerle beraber metformin ve kullanabilinir. İnsulin sekretogları ile birlikte insulin kullanılması hipoglisemi riskini artırır.

Kaynaklar

1. Chiniwala N, Jabbour S. Management of diabetes mellitus in elderly. Curr Opin Endocr Diabetes Obes. 2011;18:148–52.
2. Rosenstock J. Management of type 2 diabetes mellitus in the elderly: special considerations. Drugs Aging. 2001;18:31-44
3. Thomson FJ, Masson EA, Leeming JT, Boulton AJ: Lack of knowledge of symptoms of hypoglycemia by elderly diabetic patients. Age Ageing. 1991; 20:404–06.
4. Shorr RI, Ray WA, Daugherty JR, Griffin MR: Incidence and risk factors for serious hypoglycemia in older persons using insulin or sulfonylureas. Arch Intern Med. 1997 157:1681–6.
5. Fisman EZ, Tenenbaum A, Benderly M, Goldbourt U, Behar S, Motro M. Antihyperglycemic treatment in diabetics with coronary disease: Increased metformin-associated mortality over a 5-year follow-up. Cardiology. 1999;91:195–202
6. Skyler JS, Bergenstal R, Bonow RO, Buse J, Deedwania P, Gale EA, et al. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: Implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA diabetes trials.A position statement of the American Diabetes Association and a scientific statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. Diabetes Care. 2009;32:187–92.
7. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Heine RJ, Holman RR, Sherwin R, et al. Management of hyperglycemia in type 2 di-abetes: A consensus algorithm for the initia-tion and adjustment of therapy. Diabetes Care. 2006;29:1963–72
8. Joshua J, Neumiller JJ, Setter SM. Pharmacologic management of the older patient with type 2 diabetes mellitus. Am J Geriatr Pharmacother. 2009;7:324–34.
9. Chelliah A, Burge MR. Hypoglycemia in elderly patients with diabetes mellitus: Causes and strategies for prevention. Drugs Aging. 2004;21:511–30.
10. Holstein A, Plaschke A, Egberts EH. Lower incidence of severe hypoglycaemia in patients with type 2 diabetes treated with glimepiride versus glibenclamide. Diabetes Metab Res Rev. 2001;17:467–73.
11. Lovshin JA, Drucker DJ. Incretin-based therapies for type 2 diabetes mellitus. Nat Rev Endocrinol. 2009;5:262–9.
12. Mathieu C, Bollaerts K. Antihyperglycaemic therapy in elderly patients with type 2 diabetes: potential role of incretin mimetics and DPP-4 inhibitors. Int J Clin Pract. 2007;61(Suppl.154):29–37.
13. NICE clinical guideline 87: Type 2 diabetes: The management of type 2 diabetes. Available from:http://www.nice.org.uk .
14. Shubrook J, Colucci R, Guo A, Schwartz F. Saxagliptin: A selective DPP-4 inhibitor for the treatment of type 2 diabetes mellitus. Clin Med Endocr Diabetes. 2011;4:1–12
15. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care. 2009;32:193–203.
16. Abbatecola AM, Maggi S, Paolisso G. New approaches to treating type 2 diabetes mellitus in the elderly: role of incretin therapies. Drugs Aging. 2008;25:913-25
17. Yki-Jarvinen H, Dressler A, Ziemen M. Less nocturnal hypoglycemia and better post-dinner glucose control with bedtime insulin glargine compared with bedtime NPH insulin during insulin combination therapy in type 2 diabetes: HOE 901/3002 Study Group. Diabetes Care. 2000;23:1130–6

İlaç Uyumu, Hasta Takibi, Eğitim Sorunları, Yaşlı Hastada Sorunlar

Doç. Dr. Kamile Gül

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Yazılan ilaca uyumsuzluk dünyada önemli bir problemdir. Çalısmalar kronik hastalıklarda ilaç uyumunun %50 civarında olduğunu göstermiştir. Diyabet kronik hastalıklar arasında en fazla psikolojik ve davranışsal destek gerektiren hastalıklardan birisidir. Diyabetes mellitusda (DM) iyi glisemik kontrolün başarılabilmesi için sık kan şekeri ölçümü, diyet değişikliği, egzersiz ve düzenli ilaç kullanımı gerekir. Çalışmalar ilaçlara sıkı uyum gösterip optimal kan şekeri kontrolü sağlamanın uzun dönem komplikasyon risklerini azaltmadaki önemini vurgulamaktadır. Hastalığın yönetimine katkıda bulunan faktörler yaş, tedavinin karmaşık olması, hastalık süresi, depresyon ve psikososyal konulardır. Bununla beraber sağlık bakım sistemleri kronik hastalığı olan bireylere destek sağlamakta yetersizdir. Diyabetli kişilerde yapılan birkaç büyük kapsamlı çalışma ilaç rejimlerinin (insülin veya oral antidiyabetik) yönetiminin yanısıra hasta eğitiminin (self management) güçlüğünü de göstermiştir.

Medikal öneri yada talimata hastanın verdiği yanıt: compliance, adherence, persistence gibi kelimeler ile ifade edilmektedir. Compliance uyumla iliskilidir ve yazılan bir tedaviye karşı isteği tarif eder, adherence (uyum) ise sıkı bir denetim olmadan hastanın verilen tedaviyi başarıyla uygulamasının derecesidir. Persistance ise hastanın ilacı kesmeden kullandığı süreyi tarif etmektedir.

Uyum çalışmalarında anketler, hasta günlüğü, randevuyu takibeden dönemde tablet sayısı, açılmamış tablet sayısı, elektronik monitorizasyon kullanılmıştır. Uyumu ölçmede çoğunlukla hastanın kendi bildirisi kullanılır. Hastanın verilen ilacın >%80 alması uyumun bir göstergesi olarak kabul edilir

DM'de uyum sıklığı: Hem insülin hemde oral antidiyabetik (OAD) kullanan diyabetli bir çok hasta reçete edilen ilaç dozundan daha az dozda alırlar. Çalışmalarda diyabet tedavisinde uyumun %23-77 arasında değiştiği bildirilmektedir. Retrospektif çalışmalarda %31-87 arasında değişirken prospektif çalışmalarda %53-98 arasında değişmektedir. 11 retrospektif çalışmada OAD'ye uyum oranları %36-93 arasında bulunmuştur. Prospektif analizlerde uyum oranları daha yüksek bulunmuştur. 6 aylık gözlemler boyunca OAD kullananların uyum oranları daha dar aralıkta %61-85 arasında bulunmuştur. Tip 2 DM'nin doğal progresyonu sonucu insülin tedavisine gereklilik bir çok hastada gelişir. insülin alan Tip 2 DM'li hastaların değerlendirildiği bir çalışmada reçete edilen dozların %63'ünün alındığı gösterilmiş. Uzun süreli glisemik kontrol gerekmesine rağmen 2 yıl boyunca insüline devam edenlerin oranı sadece %80 bulunmuştur. İnsülini kendi kendine kullanan hastaların insülin dozlarını sıklıkla atladıkları görülmüştür. Kadınların %31'inde kilo alımı nedeni ile atlamalı doz bildirilmiş.

Yazılan tedaviye uyum metabolik kontrol hedeflerine ulaşmak için temeldir**.** Uyumsuzluk kötü kan şekeri kontrolüne ve böylece diyabetle ilişkili komplikasyonlara, kötü hayat kalitesine ve erken ölümlere neden olmaktadır. Daha iyi uyum daha iyi glisemik kontroldür, çalışmalara bağlı olarak uyumdaki her %10'luk artış, Hba1c de %0.1-0.0014 azalma ile ilişkili bulunmuştur. Uyum ile hastalığın sonuçları ve ölüm arasındaki ilişki bir çalışmada incelenmiştir. Uyumsuz hastalarda uyumlulara göre %59 böbrek problemi, %43 herhangi bir nedenle ölüm, %66 diyabete bağlı ölüm daha fazla görülmüş. Uyum arttıkça hastaneye yatış azalmış. Kötü uyum ile hospitalizasyon arasında lineer bir ilişki mevcut. Uyumdaki her %10'luk artış herhangi bir nedenle hospitalizasyonu %6.6 azaltmış. Uyum arttıkça acil servise başvuru azalmış. %10'luk uyum artışı acile geliş sayısını %3.6 azaltmış.

İlaç alımındaki uyumsuzluk şunlara yol açmaktadır

1. %33-69 daha fazla hastaneye başvuru
2. Evde bakım hizmetlerine %23 daha fazla başvuru
3. 100 milyar dolar direkt ve indirekt harcama
4. Gereksiz ilaç değişimleri
5. Beklenmedik tedavi başarısızlıkları
6. Polikliniklere tekrarlayan başvurular

Uymsuzluğun nedenleri

Sıklıkla ilaç alımındaki güçlüğün esas olarak yaşlı hastala-

rı etkilediği düşünülsede yaş tek başına ilaç uyumsuzluğu için bir risk faktörü olarak tanimlanmamiştir. Bir çalışmada 65 yaşının altındaki ve daha az komorbiditeleri olan hastalarda ilaç uyumunun daha az olduğu gösterilmiştir. Yaş her ne kadar uyumsuzluk için bir risk faktörü olmasada yaşlı hastalarda daha yüksek oranda kronik hastalıklar mevcuttur ve daha fazla sayıda ilaç kullanırlar. Yaşlı hastaların %40 i günde 5 veya daha fazla ilaç kullanırlar.

Amerikan hasta bilgisi ve eğitimi ulusal konseyi (NCPIE) uyumsuzluğun altında yatan faktörleri hasta kaynaklı, doktor kaynaklı ve ilaç kaynaklı olmak üzere 3 kategoriye ayirmaktadir.

A. Hasta kaynaklı faktörler

Birçok hasta ilaçlarını basit bir şekilde sadece unuttukları için almamaktadirlar.

Hastaların doğru şekilde ilaç almamasının sıklıkla nedeni reçeteye yazılan ve ilacın üzerine belirtilen kullanım talimatını anlamamalarından kaynaklanmaktadır.

Bilinçli yapılan ilaç uyumsuzluğunun nedenleri

1. Hastaliklarini ve ilaç gerekliliğini inkar etmek
2. Şikayetlerin geçtiğinde veya hastaların kendilerini iyi hissettiğinde ilacın kesileceğimi düşünmeleri
3. Tedavi etkinliği konusundaki inançlar, düzgün kullanıldığında ilaçların etkilerinin hasta tarafında öngörülememesi
4. Semptom vermeyen durumlarda ve koruma amaçlı ilaç kullanımının hasta tarafından kabul edilmemesi (kolesterol için statin kullanma)
5. İlaç kullanımı ile ilgili toplumsal kötü algılar, Ilaç almayı doğal bulmamak, bağımlılık korkusu
6. Yan etki korkusu, hoş olmayan yan etki deneyimleri, bazı ilaçlara ait güvenlik ve riskler konusunda medyanın etkisi
7. İğne korkusu, kendine enjeksiyon yapamama
8. İlaç rejimini takip etmede güven eksikliği hissetme
9. Doktora güven eksikliği, doktorun yanlış yazmış olma korkusu

Hastaların kendi istekleri dışında uyumsuz olmaları

1. Unutkanlık, hafıza veya genel bilişsel bozukluk, Ilaç ilişkili hafıza kaybı
2. Düşük düzeyde sağlık okur yazarlığı (Sağlık okur-yazarlığı: sağlık hakkında uygun kararlar verebilmek için temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesidir).
3. Tedavi rejiminin karmaşıklığı
4. Tek başına yaşamak veya bakıcının olmaması
5. Hasta ve hekim arasındaki iletişimdeki güçlükler
6. Sigorta yokluğu veya ilaç fiyatlarını ödeyememe
7. Tedavinin amacının ve sağlık sonuçlarına etkisinin iyi anlaşılmaması
8. Fiziksel engeller

B. İlaçla ilişkili faktörler

1. Diyabetik yaşlılara hem diyabet hemde komorbiditeler nedeniyle çok sayıda ilaç yazılır. Diyabetik hastaların 5 veya daha fazla ilaç kullanması oranı %40'dır. Buda yaşlı hastalarda ilaç yan etkileri, ilaç ilaç etkileşimi yada ilaç hastalık etkileşimi açısından ve ilaçların ne zaman ve nasıl alınacağı konusunda karışıklıklara neden olur.
2. Çoklu ilaç kullanımı bazı hastalar için pahalı olabilir. Polifarmasi kötü glisemik kontrolde göz önünde bulundurmalıdır.
3. Tedavinin karmaşıklığı ve doz sıklığı ilac uyumunu bozmaktadir. Glukoz düşürücü ilaçların günde 1 veya 2 defa kullanılması uyumu iyileştirir. Oral tedaviye devam günde bir defa kullanim ile arttirilabilir. Doz sıklığının fazlalılığı, bir defada fazla miktarda doz alınmasından daha büyük bir uyumsuzluk nedenidir. (günde 1 defada 4 tablet, günde 4 defa bir tabletten daha iyidir). Hastaların doz rejimini ve bunun terapotik değerini anlaması uyum için önemldidir. Doz zamnalamasında veya sıklığındaki karışıklıklarda kötü uyuma neden olabilir ve bu durumda da eczacı müdahaleleri uyumu arttırır.
4. Ilaçların yan etkisi hakkında endişeler bir başka bariyerdir. 2507 yetişkinde yapılan bir ankette katılımcıların %45'i yan etki endişesi nedeniyle ilaç almadığını bildirmişlerdir.
5. Tedaviye uyumu etkileyen anahtar faktörlerden biride özellikle yaşlı hastaları etkileyen fiyatla ilgili konudur. Çalışmalar yaşlı hastaların ücret nedeniyle ilaç almadığını, dozları azalttığını veya atladığını göstermiştir.

C. Doktorla ilişkili faktörler

1. En önemlisi yeterli zaman ayırmama/ayıramama ve zayıf iletişimdir. Diyabetik yaşlı hastaların ilaç rejimlerinin karmaşıklığı ve ilaçla ilgili konuları doktorla konuşmadığı ortaya çıkmıştır.
2. Ilaç yazarken fiyatı göz önünde bulundurmamak, fiyat nedeniyle ilaçlarını atlayan veya kullanmayan hastala-

rın çoğu bunu doktorlarına söylememektedir.

3. Hekimlerden kaynaklanan tutarsız tavsiyeler, uyumsuzlukta etkilidir
4. Klinik tembellik, Tip 2 DM'de hedefler iyi belirlenmiştir. Yine de tedavinin başlanması ve yoğunlastirilmasi genellikle gecikmektedir ve bu bir klinik tembelliktir. Yapılan bir çalısmada tedavinin yoğunlaşması gereken hastaların sadece %36'sında tedavi yogunlastirilmistir. Klinik tembelliğe neden olan faktörler arasında yetersiz eğitim algısı, glisemik hedeflerde kafa karışıklığıdır. Hastanın tedavi rejimine uyumu sıklıkla doktorun tedaviyi yoğunlaştırma isteğine bağlıdır. Bununla birlikte bir doktor yüksek HbA1c olsa bile uyumsuz hastada tedavi yogunlastirmaya pek istekli değildir.

D. Uyumu bozan diğer faktörler

1. Depresyon ciddi oranda uyumu azaltmaktadir ve depresyonun derecesi uyumun derecesiyle orantılıdır. Depresyondaki hastalar doktorlarına ilaç uyumsuzluklarınıda bildirmediğinden, bozulmuş glisemik kontrolle karşılaşıldığında tedavinin etkili olmadığı düşünülerek gereksiz yere ilaç değişimi veya ilaç eklenmesine neden olmaktadır.
2. İlaçları unutmakta önemlidir. 10 yıldan daha fazla Tip 2 DM hastaları arasında yapılan bir çalısmada, hastaların %20 sinin açıklayıcı bir neden olmadan ilaç almayı düzenli bir sekilde unuttukları ortaya çıkmıştır.

İlaç uyumunu nasıl arttırabiliriz?

Ilaç uyumunu arttırmak için gerekli spesifik girişimler hakkında çok az veri bulunmaktadır. Birçok doktor için bu problemi çözmenin ilk basamağı hastalarla ilaçları konusunda konuşmaktır. "Hiç ilaç dozunuzu kaçirdinizmi" gibi kapalı uçlu bir soru sormak yerine "geçen hafta boyunca kaç ilaç dozunu atladınız" gibi açık uçlu sorular sormak hastaların bu konuda konuşması için onlara bir şans verebilir.

Doktorlar ne yapmalı?

3. **İletişimi arttırmalı:** Doktor hastaya yeterince zaman ayırmalı, hastalığı hakkında anlayacağı şekilde bilgi vermeli. hastaların neyi bilmeye ihtiyacı olduğunu değerlendirmek. Hastalara yaşam boyu süren bir durumlarının olduğunu ve kendi katılımlarının mutlaka olması gerektiğini hatırlatmak.Tedaviyi ve yararlarını açık olarak anlatmalı ve hatırlatmalar yapmalıdır. Tedavinin bugünkü semptomları ve gelecekteki sağlığı üzerine etkilerini anlatmalıdır. Yeni bir ilaca geçilecekse veya tedavi değiştirilecekse örneğin insülin başlanacaksa hastaya bunun yararları anlatılmalıdır.
4. **Fiyatı gözönüne almalı:** Finansal problemlere özellikle sağlik güvencesi olmayanlar duyarlıdır. Ancak sağlık güvencesi olanlarda bile cepten ödenen paralardan dolayı önemli bir problem olabilir. Hastalara ücretsiz ve düşük ücrette ilaçlar bulmaları için yardimcı olmak
5. **Dozla ilgili problemleri yönetmeli:** Her vizitte ilaçları gözden geçirmek ve gereksiz ilaçları kesmek, ilaç sayısını azaltmak, doz rejimlerini basitleştirmek, kombinasyon tabletlerini kullanmak veya yarar/risk oranı düşük olan ilaçları ıptal etmek. Daha az ilaç, daha düşük doz ve daha az günlük doz sıklığı ile yapılan tedavi rejimleri tercih edilmelidir. Günde tek doz rejimlerinde doz kaçırma sayısıda azalır. Günde bir kez sabit doz kombinasyon rejimleri 2 tabletli rejimlere göre uyumu daha fazla artırmaktadır. Fix doz rejimleri ile ayrı tablet formlarına benzer veya daha düşük dozlarda daha iyi glisemik kontrol sağlanmıştır. Insülin rejimleri için en basiti en iyisidir. Insülin kalemleri insülin dozlamasındaki hataları azaltır. Bazı durumlarda tip 2 diyabetik hastalarda insülini kesmek en iyi seçenek olabilir. Hipoglisemiyi önleme ihtiyacı özellikle düşkün yaşlılarda sıklıkla sıkı kan şekeri kontrolünden daha ağır basmaktadır.
6. **Potansiyel yan etkiler konusunda eğitimi geliştirmek**: Hastalara tedavinin yarar ve risklerini anlatmak gerekir. Yan etkileri anlatırken pozitif çerçeveden bakmak Glisemik kontrolun iyileşmesi karşılığında hastalar bazı potansiyel riskleri kabul edebilirler. Yapılan bir çalışmada hastalar kilo alımına yol açan ilaçlardan kacinmislardir, 9 kg kilo alımı uyumu %30 azalırken kalp krizi ihtimalinin %1 artması uyumu %16 azaltmaktadir. Sürekli mide problemi uyumsuzluğa yol açmaktadır. Hafif yada orta derecede hipoglisemi ayda 2 den daha fazla dağilse uyumu etkilememiş.

Doktor hastalığı, ilaçları ve yan etkilerini hasta ile konuşmak ve hastanın kolay anlabileceği basit tedavi rejimlerini seçmek durumundadır.

YAŞLI DİYABETİK HASTADA EĞİTİM VE TAKİP

Eğitim tedavinin bir bölümü değil aslında tedavinin kendisidir. Eğitimin amacı: diyabetli bireyin kendi tedavisinde etkin rol almasını sağlamak, akut ve kronik komplikasyonları önlemektir. Eğitim işlemi diyabet yönetiminin kilit noktası olsa da teorik bilginin aktarılması ve uygulanmasında birçok zorluklar vardır.

Yaşlı hastalar arasında sağlık durumu, yaşama şartları, bilgi, psikososyal durum, bilişsel yetiler, fonksiyonel yetenekler ve diyabet tedavisi ve hedefleri açısından büyük farklılıklar vardır. Bilişsel ve fiziksel bozulma riski yaşla birlikte artmaktadır, bu değişiklikler değerlendirilmezlerse diyabet yönetimi bozulur. Diyabet eğitimi yaşlı hastalar ve onların bakımını üstlenen insanlar için önemli bir konudur. Diyabet eğitimi ve kendi kendini yönetme eğitimlerinde önemli bir madde de düşkün olan, bilişsel bozukluğu olanlarda aile bireylerini ve bakımlarını üstlenenleri eğitime dahil etmektir.

Diyabet eğitimi verenlerin rolü

Diyabet eğitimcileri hastalara akut ve kronik komplikasyon riskini azaltmak için hedef belirlemede yardımcı olmalı, hastayı ve bakımını üstlenenleri tarama ve önleyici girişimler açısından eğitmelidir. Hastalıkları hakkında bilgilerinin artması konusunda yardımcı olurlar.

Doktor hastalığın tıbbi yönünü yönetir, özelleşmiş hemşireler ayak bakımı ve hipoglisemi yönetimi konusunda eğitim verir ve diyetisyen diyet ve kilo kontrolü açısından önerilerde bulunur. Hastaların bu önerilere uyumu kişisel inançlarına ve çevresel bariyerlere bağlıdır. Eğitim işlemi sağlık personellerinin birden çok toplantı yapmasını gerektirmektedir. Birçok yaşlı hastada bozulmuş görme keskinliği ve kardiyovasküler hastalıklar gibi komplikasyonlarla ilişkili fiziksel kısıtlılıkları vardır. Ek olarak diyabet varlığının bilişsel problemlerde artışlarla ilişkilili olduğu öne sürülmüştür. Diyabetik hastalar olmayanlara göre 1.2-1.5 kat daha fazla bilişsel fonksiyonlarda azalmayla ilişkilidirler. Ek olarak diyabetik hastalarda ileri yaşlarda demans oranı artmıştır. Diyabette klasik eğitim ve öğrenme metodları sıklıkla öğrenme ve hafızaya bağlıdır, bu stratejiler bozulmuş bilişsel kapasitesi olan hastalara uygulanamayabilir.

Bir takip çalışmasında bir tek eğitim ile elde edilen yararın ileriki aylarda görülmediğini göstermiştir. Bu göstermektedir ki başlangıçtaki yararı sürdürebilmek için yaşlıların ihtiyaçlarınıda düşünerek uzun süreli proğramlar yapılmalıdır. Son zamanlarda ki çalışmalar yaşlıda diyabet yönetiminin eğitim boyutuna odaklanmaktadır.

Diyabeti yönetmek sıklıkla stresli ve yıkıcıdır. Yaşlı hastalarda eş veya akranların kaybı, maddi bağımlılık ve mobilite gibi etmenlerin neden olduğu azalmış psikososyal destek nedeniyle stres dahada büyüyebilir. Tedavi edilmeyen psikiyatrik bozukluklar artmış izolasyona, yanlış demans tanısına veya diyabet bakımınında eksikliğe katkıda bulunan diğer zorluklara yol açabilmektedir. Bu konuların farkında olma etkili bir Diyabette kendini yönetme eğitimi (DSME) için önemlidir.

Özet olarak öğretme metadolojisi bu popülayonda varolan fiziksel ve bilişsel handikaplara göre uyarlanmalıdır, bilgi aktarımı DM bakımındaki esas problemlere odaklanmalıdır. Yaşlı hastalar ayak amputasyonu için risk altında olduklarından dolayı ayak bakım eğitimi diyabet eğitiminin ana bir parçası olmalıdır. Bakımı üstlenenleri bu işlemlere dahil etmek özellikle bilişsel bozukluğu olan popülasyonda etkilidir.

Diyabette kendini yönetme eğitimi (DSME); Başarılı sağlık sonuçları elde etmek isteyen her yaştaki hasta için diyabet bakımının tamamlayıcısıdır. DSME'nin hedefi hastaların kendi diyabetini daha iyi kontrol etmesini sağlamaktır. Kronik hastalıklarda insanların kendi kendilerine bakımı olmazsa medikal bakım çok başarılı değildir. Çalışmalarda DMSE'nin yararı açık bir şekilde gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada daha önce hiç DSME almayan birisinde major diyabet komplikasyonlarının 4 kat arttığı gösterilmiştir.

Yaşlı hastalar DSME çalışmalarında yeterli temsil edilmemişlerdir, dolayısıyla kanıta dayalı kılavuzları yaşlılara formüle etmek zordur. AADE ve AGS yaşlılar için DSME kılavuzlarını geniş oranda uzman görüşlerine dayanarak formüle etmişlerdir. Hem AADE hem AGS kılavuzu yaşlı hastalarda bakımın bu hastaların klinik ve fonksiyonel heterojeniteleri dolayısıyla karmaşık olduğunu bildirmişlerdir. Yaşlı hastalarda daha fazla eşlik eden hastalık vardır, fonksiyonel olarak daha heterojendirler ve gençlerle karşılaştırıldıklarında farklı oranlarda yaşam beklentileri vardır.

YAŞLI HASTALAR IÇIN DSME:GENEL PRENSIPLER

1-DSME'yi bireyselleştirme

A-Klinik değişkenler

Diyabetle ilişkili bilgi

Beslenmenin değerlendirilmesi

Fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi

Komorbiditeler ve polifarmasi

B-Fonksiyonel değişkenlikler

Bilişsel fonksiyon bozukluğu

Depresyon

Fiziksel yetersizlik

C-Kişisel tercihler

2- Potansiyel yararlar ve zararların karşılaştırılması

Hipoglisemi düşünceler

Hayat kalitesi

Yaşam beklentisi

3- Çoklu disiplinleri dahil etmek

4- Bakıma hasta yakınlarını dahil etmek

1-DSME'yi bireyselleştirmek

Yaşlı hastalarda optimal bakım için DSME bu popülasyondaki çok büyük klinik ve fonksiyonel farklılıklardan dolayı bireyselleştirilmelidir. Hastalık süresi, komplikasyonların varlığı, diğer medikal komorbiditeler ve yaşam beklentisi gibi klinik değişkenler yaşlı hastalarda bakım planlanırken göz önünde tutulmalıdır

Diyabetle ilişkili bilgi

Yaşlı hastalar, bilgi ve diyabet açısından bilinç seviyelerini anlamak için ayrıntılı değerlendirilmeli yine kan şekeri takibi, yemek planlama, insülin veya oral diyabetik ilaçların nasıl ve ne zaman yapılacağı gibi bilgileri öğrenebilme dereceleri içinde ayrıntılı olarak değerlendirilmelidirler. Sosyal desteğin, transport konularının, finansal zorlukların, bilişsel ve fonksiyonel bozuklukların değerlendirilmeside önemlidir.

1. Diyabeti olan hastaya ve eğer mümkünse bakımını üstlenenlere ve aile bireylerine tanı sırasında ve sonrasında düzenli olarak hipo ve hiperglisemi hakkında aşağıdaki bilgiler verilmelidir.

- Presipite eden faktörler
- Önleme
- Semptom ve takip
- Tedavi
- Sağlık personeline ne zaman haber verileceği

Orta yaşlı ve yaşlı hastalardan elde edilen randomize kontrollü çalışmalar ilaç kullanım eğitiminin, takibin ve hipo-hiperglisemin farkındalığının geliştirilmesinin glisemik kontrolü anlamlı bir şekilde arttırmaktadır.

2. Kan şekerini evde kendisi ölçen yaşlıların ölçüm teknikleri rutin olarak değerlendirilmelidir.

Evde kan şekeri ölçümü, yiyecek takibi, kan basıncı, kilo ve egzersiz sıklığı hastanın kendi kendini yönetmesinin önemli parametreleridir. Başarılı ölçme yeteneği yeterli görme ve el hünerine bağlı olduğu için diyabet eğitmeni yaşlı hastalarda görmeyi, el hünerini ve ölçüm tekniğini dikkatli bir şekilde değerlendirmelidir. Eğitimci glukoz ölçümü için hastanın fiziksel ve mental yeteneğine uygun öneriler vermeli, ve ihtiyaç halinde hastanın bakımını üstlenenlere talimatar vermelidir.

3. Diyabetik yaşlı hastalara ve bakımını üstlenenlere ayak ülserleri ve amputasyonunun risk faktörleri konusunda bilgi verilmelidir. Hastaların uygun ayak bakımını sağlayacak fiziksel yeteneğinin olup olmadığı değerlendirilmelidir, ve ihtiyaç halinde periyodik olarak yeniden değerlendirmeler yapılmalıdır.

Yaşlı hastalar uygun ayak bakımını yapmak için gerekli yeteneklerin azalmasına yol açan durumlar açısından yüksek risk grubundadırlar (bilişsel bozukluk, görme bozukluğu, osteoartrit ve hareketi etkileyen diğer fiziksel kısıtlılıklar). Randomize kontrollü bir çalışmada değişik yaştaki hastalar eğitim proğramına tabi tutulduklarında düşük oranda amputasyon ve ülserle karşılaştıkları gösterilmiştir.

Fiziksel aktivitenin **değerlendirilmesi:** Diyabetik yaşlı hastalar düzenli bir şekilde fizik aktivite seviyeleri açısından değerlendirilmeli, egzersizin yararları ve daha aktif olabilmek için varolan kaynaklar konusunda bilgilendirilnelidir. Eğitimciler fizik aktivite proğramını belirlemeden önce kardiyovasküler durum, komorbid durumlar (amfizem, osteoartrit,retinopati), yaşla ilgili riskleri (kolay kırılma), hipoglisemi ihtimali gibi parametreleride içeren bilişsel ve fiziksel değerlendirme yapmalıdırlar.

Beslenmenin değerlendirilmesi: Diyet eğitimi vermeden önce hastaların diyabeti ve beslenmeyi anlama seviyeleri değerlendirilmelidir. Bireylerin yiyecek tercihlerini, yemek hazırlama kapasitelerini, yeterli beslenme için zorluk oluşturan durumları da içeren ayrıntılı bir değerlendirme yapılmalıdır. Eğitimciler hipo ve hiperglisemiden kaçınmak ve uygun bir kiloyu idame ettirmek için gerekli besinle ilişkili hedefleri koyarkan hasta ile işbirliği yapmalıdırlar. Diyetisyen ve diyabet eğitimcisinin başlangıç değerlendirmesi arasında kilo durumu ve yutma yeteneği, diş yapısı, yemek hazırlama yeteneği, maddi durum, kendi kendini besleme yeteneği, sosyal izolasyan, beslenme bilgisi gibi durumları bulunmalıdır.

Komorbiditeler ve polifarmasi: Yeni ilaç yazılan yaşlı diyabetik hasta ve bakımını üstlenenlere ilacın amacı, nasıl alacağı, sık yan etkileri, önemli ters reaksiyonları hakkında bilgi verilmeli ve ihtiyaç halinde periodik olara yeniden değerlendirilmelidir. 2 çalışma diyabet eğitim proğramının ilaç kullanımı üzerine etkisini değerlendirmiş ve glisemik kontrolde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermiştir.

Diyabet eğitimi hastaların aldığı ilaçların ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesini içermelidir. Hastalara ilaçlarını getirmelerini söylemek bu işlemi kolaylaştırmaktadır.

B-Fonksiyonel değişkenlikler

Bilişsel fonksiyon bozukluğu

Bilişsel fonksiyom bozukluğu yaşla birlikte artmaktadır ve kanıtlar bu bozukluğun diyabette daha belirgin olduğunu göstermektedir ancak bilişsel bozukluk sıklıkla tanınmaz ve eğer yeteri kadar ciddi olursa hastanın öğrenme ve diyabeti

yönetme yeteneğini ciddi derecee etkiler. Bilişsel disfonksiyonu erken tanımak ve erken tedavi etmek önemlidir.

Depresyon

Fonksiyonel yetersizlik hem depresyon hemde diyabetin beraber olduğu durumlarda dahada artmaktadır ve bu hastanın kendine bakımını negatif olarak etkilemektedir. Bundan dolayı diyabetik bütün yaşlıları depresyon açısından taramak önemlidir. Eğer hastalarda depresyon saptanırsa diyabetik kendi kendine bakım planı yapmadan önce hastalar yönlendirilmelidir.

Fiziksel yetersizlik

Diyabetik yaşlı hastalarda fiziksel yetersizlik riski yüksektir. Bu hastalarda günlük aktivitelerin düzenlenmesinde ve günlük aktiviteleri yapmalarında zorluklar vardır. Ek olarak yaşlı hastalar duyma kaybı, görme problemi, mobilite azalması, düşme, düşme korkusu ve kronik ağrı açısından risk faktörü altındadır. Günlük görevlerini yerine getirmede zorluklar yaşayan hastalara grup DSME değil bireysel DSME yapılması önerilir. Tedavi rejimleri göreceli olarak daha basit olmalıdır. Yeni becerilerin öğrenilmesi uzun zaman almaktadır ve bu becerinin hastanın kendi kendine bakımına tam entegre olduğunu görmek için hemşire vizitleri gerekebilir. Fizik tedavi veya lokal yaşlı servislerinin evde düşme veya kaza potansiyeli ve ev çevresini değerlendirmesine ihtiyaç duyulabilir.

Yukarıdaki tartışmaya dayanarak fonksiyonel kısıtlılıkları olan yaşlı hastalarda DSME için pratik öneriler şunlardır;

- Tutulması ve kullanımı kolay eşyalar kullanılmalıdır
- Eğer mümkünse kendi kendine bakım rejimleri basitleştirilmelidir
- Eğitim proğramları yavaş yürütülmeli, talimatlar basamaklı öğretilmeli. Takibi kolay ve konuyla ilgisi olmayan bilgilerin dışlandığı eğitim materyalleri kullanmalıdır.
- Grup eğitiminden ziyade bireysel eğitim verilmelidir.
- Diyabet tedavi rejimlerinde değişiklik yapmadan önce depresyon ve bilişsel bozuklukların değerlendirilmesi yapılmalıdır.
- Yüzyüze eğitimlerde alınan bilgileri vurgulamak amacıyla hatırlatıcı kişiselleştirilmiş broşürler kullanılmalıdır.
- Hastaların hipoglisemiyi nasıl tanımladığı ve ne zaman sağlık personelini araması gerektiğini anladığından emin olunmalıdır.
- Yemek planlamasındaki karışıklığı en aza indirmek için çalışılmalı, hastanın aynı ortamda yaşadığı insanların pozitif diyet değişikliği için hastayla ilgilenmeleri sağlanmalıdır.
- Çok dikkatli bir şekilde kilo azaltıcı diyet yazılmalıdır.

Diyabetik yaşlı hastaların kendilerine özgü problemleride gözönüne alınarak eğitim için yeterli zaman harcanmalıdır. Diyabetik yaşlı hastalarda sağlık durumunu ciddi bir şekilde etkileyen sık geriatrik durumlar için sağlık personeli veya diyabet eğitmeni tarafından düzenli bir şekilde tarama yapılmalıdır.

Bazı yaşlı diyabetik hastalarda yaşam beklentisi girişimlerden elde edilen faydaların görülme zamanından daha kısadır. Komplike, pahalı ve hastanın konforunu bozan tedavi rejimleri başlamadan önce, rejimlerin yararını gösterdiği zaman aralığı ve hastanın yaşam beklentisi karşılaştırılmalı ve gözönünde bulundurulmalıdır.

3- Çoklu disiplinleri dahil etmek

Yaşlı hastaların bakımlarında multidisipliner yaklaşım gereklidir. Yaşlı diyabeti hastalar gençlere göre daha çok farklılıklara sahiptirler ve bundan dolayı hemşirelerin, diyetisyenlerin, egzersiz fizyolojistlerinin, davranışsal tıp uzmanlarının, eczacıların ve rehabilitasyon uzmanlarının da dahil edildiği daha çok hizmete ihtiyaç duyarlar.

4- Bakima hasta yakınlarını dahil etmek

Diyabet gibi kronik hastalıklarda bakım sorumluluğunun çoğu hastaya düşmektedir. Bununla birlikte hastalar bakım için gerekli sorumlulukları tamamıyla yerine getiremeyebilir, aile bireyleri, arkadaşları ve diğer partnerleri bakıma dahil etmek gereklidir. Yaşlı hastalarda bakımda yardımcı olan yakınlar kronik hastalıkların yönetiminde kritik rol oynarlar, bozulmuş olan bakımı etkili bir bakıma çevirebilirler. Eğer gerekirse aile üyeleri ve diğer bakım üstlenenler DSME'ye dahil edilebilirler.

Tablo-2. Fziksel kısıtlıklıkları ve bilişsel bozuklukları olan hastalarda DSME

Takip

Ölçümlerde aşağıdaki özellikleri bulunan cihazları kullan

- Geniş ekranlı/kalın yazılan sayılar kullanan
- Tutması kolay
- Kodlamaya ve striplerin ayarlanmasına geek olmayan

Insülin

- Insülin rejimlerini basitleştir
- Insülin kalemlerini kullan
- Mümkünse bakımı üstlenenleri dahil et

Ilaçlar

- Ilaç listesinin doğru olduğundan emin olun
- Hastalara ilaç kutularını yanlarında getirmelerini isteyin ve kutu üzerindeki talimatları hastalara sesli bir şekilde okutun

- Hastaların her bir ilacı niçin aldığını anladığına emin olun
- Eğer gerekliyse hemşire viziti önerin
- Rejimleri basitleştirmeyi önerin, basitleştirmek için kombine oral ilaçları kullanın

Hiperglisemi

- Daha az poliüri ve polidipsi olması gerektiğini bildirin
- Özellikle hasta günlerde düzenli hidrasyonu ve sıkı takipi vurgulayın
- Hastalara ne zaman sağlık personelini arayacağı konusunda özelleşmiş kılavuzlar verin

Hipoglisemi

- Hastaların az hipoglisemileri olmalıdır özellikle beta bloker kullanılıyorsa
- Nöroglikopenik semptomların tanınmasını vurgulayın
- Araba sürmeden önce takibin önemini vurgulayın
- Düşük kan şekeri olduğunu anlamak için sadece hastanın ifadelerine güvenmeyin, yaşlılar bazen hipoglisemi semptomlarını başka durumlarla karıştırabilirler yada hatırlayamazlar

Eğitim materyallerine genel adaptasyon

- Materyalleri basitleştirir (daha az tıbbi terim içerenler iyi seçenek olabilir)
- Beyaz kağıt üzerine 12 puntodan daha büyük siyah font kullan
- Eğer mümkünse eğitime aile üyesini veya arkadaşını davet et
- Sürekli yazılı talimatlar ver
- Bireysel eğitimler grup eğitimine tercih edilir.

Sonuç

Diyabet eğitimi yaşlılarda diyabet yönetiminin anahtar parçasıdır. Yaşlı diyabetik hastalar oldukça heterojendir, spekrum genç yaşlı denilen az komplikasyonlu hastalardan bakım evlerinde kalan çok düşkün hastaları kapsamaktadır ve bu hastalarda eğitim materyalleri ve terapötik hedefler hastalara uygun olmalıdır. Diyabet eğitimi uzun soluklu bir işlem olarak görülmeli, hedefler hasta ve hastanının bakımının üstlenenlerle tartışılmalı, komplikasyonlar mümkün olduğu kadar geciktirilmelidir.

Kaynaklar

1. Bailey CJ, Kodack M. Patient adherence to medication requirements for therapy of type 2 diabetes. Int J Clin Pract. 2011 Mar;65(3):314-22
2. Grant RW, Devita NG, Singer DE, Meigs JB. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2003 May;26(5):1408-12.
3. Kalyango JN, Owino E, Nambuya AP. Non-adherence to diabetes treatment at Mulago Hospital in Uganda: prevalence and associated factors. Afr Health Sci. 2008 Jun;8(2):67-73.
4. Cramer JA. A systematic review of adherence with medications for diabetes. Diabetes Care. 2004 May;27(5):1218-24.
5. Ownby RL. Medication adherence and cognition. Medical, personal and economic factors influence level of adherence in older adults. Geriatrics. 2006 Feb;61(2):30-5.
6. Brown AF, Mangione CM, Saliba D, Sarkisian CA; California Healthcare Foundation/American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. J Am Geriatr Soc. 2003 May;51(5 Suppl Guidelines):S265-80.
7. Suhl E, Bonsignore P, Diabetes Self-Management Education for Older Adults: General Principles and Practical Application, Diabetes Spectrum 2006, 19, 234-240
8. Special Considerations for the Education and Management of Older Adults With Diabetes The Diabetes Educator, 2003 29: 93-96,

5. Akademik Geriatri 2012

3. Nutrisyon ve Beslenme Destek Ürünleri Kursu

Konuşma Metinleri

Beslenme Destek Tedavisinde Temel Prensipler

Doç. Dr. Meltem Halil

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi

Beslenme destek tedavisinde temel prensipler:

- Hangi hastanın beslenme destek tedavisine ihtiyacı olduğunun belirlenmesi
- Beslenme destek tedavisinin ne şekilde uygulanacağının belirlenmesidir.

Hangi hastanın beslenme destek tedavisine ihtiyacı vardır?

1. Bir hastanın öngörülebilir bir süre yeteri kadar oral beslenemeyecek olması:
   Başka faktörler beslenme tedavisi için daha erken bir endikasyon nedeni değilse prensip olarak 3 günü aşan (bazı klavuzlarda 5) beslenme yokluğunda (=Enerji alımı<500kcal/gün) veya 3-5 günden fazla oral almaması muhtemel ise yapay beslenmeye başlanmalıdır
2. Hastanın beslenme durumu: Beslenme durumu ne kadar kötü ise yapay beslenmeye de o kadar erken başlanmalıdır. Bu nedenle temel çıkış noktası mutlaka her hastanın nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi olmalıdır.

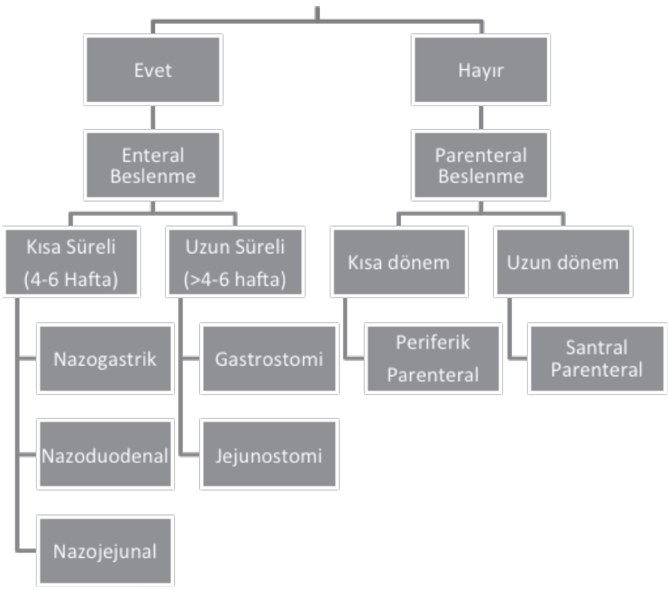
Özellikle şu gruptaki hastaların beslenme destek tedavisine ihtiyacı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır:

- Demans hastaları
- Depresyon hastaları
- Temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hastalar
- Serebrovasküler olay geçirmiş hastalar
- Yalnız yaşayan, sosyoekonomik desteği az olanlar
- Çene-diş problemi olanlar

Beslenme destek tedavisinin ne şekilde uygulanacağının belirlenmesi

Beslenme yolunun seçiminde şu noktalar göz önünde bulundurulmalıdır:

- Gastrointestinal sistemin yapısı ve işlevsel durumu: Mümkün olduğu kadar her hastada enteral yolla beslenme öncelikli düşünülmelidir.Enteral beslenmenin birçok avantajı vardır:
  - Bakteriyel translokasyona karşı luminal bileşen verilmesi, mukoza bariyerinin korunması ile villus atrofisinin önlenmesi
  - Bağışıklık yeterliliğinin iyileştirilmesi
  - Splanknik bölgede perfüzyonun iyileştirilmesi
  - Barsak hareketlerinin uyarılması
  - Hepatoportal aksın korunması
  - GIS hormonların uyarılması
  - Parenteral beslenmeye göre daha ekonomik ve DAHA FİZYOLOJİKTİR.
- Tahmini beslenme süresi
- Hastanın tanısı
- Hareketlilik durumu



Şekil 1: Beslenme destek tedavisinin hangi yolla yapılacağının planlanması.

Kaynaklar:

1. Dardai E, Demirer S. Ağızdan alınan besinler. Sobotka L, editör. Bahar M, Çertuğ A, Çoker A, Gündoğdu H, Moral AR, KEPAN Yönetim Kurulu, Çeviri Editör Grubu. Klinik Nütrisyon Temel Kavramlar. ESPEN Kurslar Yayını. İkinci Baskı. İstanbul, 2002. p.88.
2. Lochs H, Allison SP, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, Schneider S, et al. Introductory to the ESPEN Guideli-

nes on Enteral Nutrition: Terminology, definitions and general topics. Clin Nutr. 2006 Apr;25(2):180-6.

3. Bankhead R, Boullata J, Brantley S, Corkins M, Guenter P, et al; A.S.P.E.N. Board of Directors. Enteral nutrition practice recommendations. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2009 Mar-Apr;33(2):122–67.
4. Howard P, Jonkers-Schuitema C, Furniss L, Kyle U, Muehlebach S, Odlund-Olin A, et al. Clin Nutr. 2006 Apr;25(2):187-95. Managing the patient journey through enteral nutritional care.

Diyabetik Hastada Beslenme Destek Tedavisi

Doç. Dr. Zeliha Fulden Saraç
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı

Yaşlanmayla ilişkili birçok fizyolojik değişiklik, diyabetin gelişimini kolaylaştıcı özellik gösterir. İnsülin direncinin görülmesi sıktır ve obeziteyle ilişkilidir. Ancak, yaşlılarda, bakımevi ve hastane yatışlarında malnütrisyon sıklığı yüksektr. Hiperglisemik veya diyabetik hastaların, beslenme programları düzenlenirken, bazı sorulara yanıt aranmalıdır.

1. Hastanın nutrisyonel durumu nedir?
2. Ek nutrisyonel destek endikasyonu varmıdır?
3. Hastanın ihtiyacını, oral nutrisyonel destek karşılarmı?
4. Gastrointestinal sistem motilite bozukluğu varmıdır?
5. Enteral tüp veya parenteral beslenme yolu desteği gereklimidir?
6. En iyi ürün hangisidir?
7. Kabuledilebilir kan glukoz düzeyleri nedir?
8. İnsülin tedavisi en effektif olarak nasıl olacaktır? (1).

Normal yaşlanma ve nutrisyonel durum

Yaşlanmayla birlikte, tad ve koku duyusundaki %60-80 oranındaki azalmayla yiyeceğe olan ilgi azalır. Zamanla, yaşlılılar daha az acıkır ve daha az yemek yer. Sağlıklı yaşlılar, daha az acıkır, küçük yemek öğünlerini yavaşça yerler, ana öğünlerin arasında daha küçük ara öğünler tercih eder ve gençlerle karşılaştırıldığında standart öğün sonrasında daha hızlıca doyarlar. Enerji alımı, enerji kaybınan daha az olduğu için kilo kaybına yatkınlık vardır. Yaşa bağlı gelişen bu durum ''yaşlılık anoreksisi'' olarak adlandırılır.

Gastrointestinal sistemde (özefagus, mide ve kalın barsak); yaşlanmayla birlikte, diyabette görülen nöropati haricinde motilite bozukluğu görülebilir (2).

Yaşlanmayla birlikte kilo ve vücut kompozisyon değişimi

Beden kitle indeksi (BKİ) ve kilo durumu; 50-60 yaşlarına kadar artma eğilimindeyken, bu dönemden sonra azalma görülür. Yaşlı popülasyonda, özellikle 70 yaş üzerinde; BKİ'i 24-29 kg/m2 değerleri içinde önerilir. Yaşlanmayla birlikte; yağ kitlesi progresif olarak artarken, yağsız kitle azalır ve kas kitlesinin kaybıyla sonuçlanır. Elli yaş üzerinde, her dekadda yağsız kitlenin 3 kg kadar kaybı görülebilir. Yağ kitlesindeki artış multifaktöriyeldir Fiziksel aktivitedeki azalma en önemli nedendir. Diğer faktörler; büyüme hormonu sekresyonunun azalması, seks hormon etkisinin azalması, istirahat metabolik hız ve yiyeceklerin termik etkisinin azalmasıdır. Yağ kitlesinin büyük kısmı; intrahepatik, intramuskuler ve intraabdominaldir. İnsülin direnci ve metabolik yan etkilerle ilişkilidir (3, 4).

Diyabetik Yaşlıda Gelişebilen Beslenme Riskleri

- Malnütrisyon
- Obezite
- Tek nutrisyonel faktör eksikliği

Yqşlı kişilerde düşük kilo durumu

Genç erişkinlere göre yaşlı kişilerde, yalnız yaşam sıklığı ve sosyal izolason, iştahda azalma ve enerji alımında azalmayla sıkı ilişkilidir. Depresyon, yaşlı kişilerde oldukça sıktır. Toplumda yaşayan yaşlıların % 2-10'unda görülür. İştahda azalma ve kilo kaybıyla ilişkilidir. Besin alımındaki yetersizk, özellikle folat yetersizliğiyle birlikteyse, depresyon daha fazla kötüleşir. Depresyon tedavisi, kilo artışı ve diğer besin ögelerindeki yetersizliklerin düzelmesiyle ilişkilidir. Yetersiz kalori alımının diğer nedeni; dişlerin yetersizliğidir. Çiğneme, ısırma ve yutma fonksiyonlarındaki yetersizlik, özellikle bakımevlerinde yaşayan yaşlılarda düşük protein alımına neden olur. Ayrıca, polifarmasi nedeniyle, ilaç etkileşimlerine bağlı olarak iştahsızlık görülür.

Yetersiz kalori alımının uzamasıyla, yağ kitlesinin kaybı başlar. Proteinden yetersiz beslenme ve fiziksel aktivitenin yokluğu, kas kitlesinin azalmasıyla sonuçlanır. Ayrıca, yetersiz beslenmeyle, katabolik durum belirginleşir ve inflamatuar parametreler (TNF-alfa, IL-1 ve IL-6) artar. Malnütrisyon; kas fonksiyonunda bozulma, immun disfonksiyon, anemi, kognitif fonksiyonlarda azalma, yara iyileşmesinde gecikme, cerrahi sonrası iyileşme olmamasıyla birlikte önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (5, 6).

Aşırı beslenme ve obezite

İlerlemiş toplumlarda, yaşlı kişilerde standart beden kitle indeksi kriterine göre kiloluluk oranı artmaktadır. Obezitey-

le artmış mortalite riski, yaşlılarda gençlerde olduğu kadar yüksek bulunmamıştır (7). Onüç çalışmanın değerlendirildiği bir analizde; 65 yaş üzeri hastane dışı ortamda yaşayan kişiler 3 yıl takip edildiğinde, mortalitenin yüksek BKİ'i ile ilişkisinin özellikle 27-28.5 kg/m2 üzerindeyken olduğu görülmüştür. Ayrıca, 75 yaş üzeri kişilerde, herhangi bir BKİ ile mortalite arasındaki ilişkinin çok az veya artmamış olduğu saptanmıştır. En iyi BKİ düzeyi 27-30 kg/m2 arası olarak tanımlanmıştır. Artmış mortalite riski; diyabet, hipertansiyon, uyku apne sendromu, kardiyovasküler hastalık ve obezite ilişkili olan meme, uterus, kolon ve prostat kanserlerle ilişkilidir. Fonksiyonel kapasitede azalma, düşük yaşam kalitesi ve eve bağımlılık oranı obez yaşlılarda yüksek orandadır (8).

Yaşlanmayla görülen karakteristik glukoz metabolizma bozukluğu, progresif artış gösteren açlık ve postprandial plazma insülin konsantrasyon artışıdır. İnsülin direnci olarak kabul edilir. Hepatik glukoz üretiminin düzenlenmesi ve hipergliseminin önlenmesinde daha yüksek oranda açlık ve postprandiyal insülin düzeylerine ihtiyaç vardır. Yeterli düzeyde insülin sekresyonu arttırılamazsa, hepatik ve periferal (kas ve yağ) insülin direnci sonrasında diabetes mellitus gelişir. İnsülin direnci, total ve visseral yağ kitlesinin artışıyla ilişkili olup tipik olarak yaşlanmada da görülür. Ayrıca, insülin direnci kardiyovasküler hastalıkla bağlantılıdır. Epidemiyolojik çalışmaların çoğunluğunda; obezite ve insülin direnci arasında kuvvetli bir korelasyonn saptanmıştır (9). Kilo kaybının sağlanmasıyla insülin duyarlılığında düzelme görülür. Ayrıca, yaşlı kişilerde de, obezite ilişkili mobilite ve fonksiyon bozukluklarında kilo kaybı önerilir (10).

Beslenme durumunun değerlendirilmesi

Beslenme desteğine başlamadan önce; tedavinin amacı ve uygulanacak ideal yol değerlendirilmelidir. Ayrıca, son dönemdeki glisemik durumun gözlemlenmesi gereklidir. Klinisyen, hemşire ve diyetisyen ortaklığıyla beslenme durumu araştırılmalıdır. Bu amaçla kullanılan çeşitli kılavuzlar vardır. Günümüzde en yaygın kullanılan tarama yöntemi NRS 2002 dir. ESPEN (European society of Parenteral and Enteral Nutrition) nütrisyon değerlendirmesinde NRS 2002 ve yaşlı hastalarda ise Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) yöntemini önermektedir. Antrapometrik ölçümler ve biyokimyasal testler, beslenme durumunun değerlenirilmesinde kullanılan diğer yöntemlerdir (11).

Enerji alımı: karbonhidrat ve **yağ**

Genç **yaştaki** obez diyabetiklerde olduğu gibi önerilen, total enerji kısıtlaması, yaşlı obez diyabetikler için de geçerlidir. Karbonhidrat oranının, total enerjinin %45-60'ı olması önerilir. Özellikle lifden zengin ve glisemik indeksi düşük oranda olup, sukroz oranı total enerjinin %10'unu geçmemelidir. Karbonhidratların oranının artışı; meyve, sebze ve baklagiller olarak önerilir. Yağ oranı total enerjinin %25-35' kadardır. Total enerjinin <%7'si kadar satüre ve trans-unsatüre yağdan oluşması gereklidir. Ayrıca, poliunsatüre yağ asitleri, total enerjinin %10'u geçmemelidir. Balık yağı deriveleri ve vitaminlerin farmakolojik dozları önerilmez. Günlük kolesterol alımı 200 mg'ı geçmemelidir (12). Hipertansiyon kontrolü için DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyeti;

1. sebze, meyva, düşük yağlı ürünler, tahıllar, beyaz et, ceviz tüketimini,
2. yağ, kırmızı et, tatlı ve şeker içeren içeceklerin az alınmasını içerir (13).

Protein

Total enerjinin, %10-20'si proteinden oluşturulması önerilir. Ancak yaşlı popülasyonda, nefropati insidansını unutmamak gereklidir. Son yıllarda, kardiovasküler hastalık ve hipertansiyon tedavisindeki iyileşme nedeniyle, nefropati ve son dönem böbrek yetmezliği görülme sıklığı artmıştır.

Kılavuzlara göre; mikroalbüminüri veya nefropatiye ait kanıtlar dışlandığında; 0.7-0.9 gr/kg/gün protein alımı önerilir. Protein alımı, kronik hastalık süresince gelişen malnütrisyon veya katabolik durumlarda arttırılabilir. Ancak bazı yaşlılarda, nefropatinin geciktirilmesini sağlamada protein azaltılmasıyla birlikte gelişebilecek malnütrisyon riski arasındaki dengeninin iyi belirlenmesi gereklidir (14).

Lifler

Yaşlı diyetinde olması gereken önemli bir komponenttir. Eriyebilir lifler plazma glukoz düzeylerini düşürür ve lipid profilini iyileştirir. Diyabetik yaşlıı hastalarda; eriyebilir lifler minerallerin absorbsiyonunu etkilemez. Diyabetiklerde konstipasyon sıktır. Lifler, laksatif kullanımını azaltır ve barsak fonksiyonunu iyileştirir. Her alınan 1000 kcal için 14 gr. lif alınması önerilir. Fibröz yiyecekler, doygunluğu arttırır ve acıkmayı azaltır.

Sodyum Alımı

Tad ve koku duyusu, 60 yaş civarında azalır. Yetmiş yaş civarındaysa, belirgin düzeyde azalma gösterir. Tuz ve monosodyum glutamat, tat arttırıcı olarak kullanılır ve beslenmeyi kolaylaştırıcıdır. Ancak, sodyum alımı hipertansiyon gelişimini arttırır ve tuz alımı azaltıldığında kan basıncında düşme sağlanabilir. Sodyum kısıtlaması için tuz alımını <6 gr/gün ile sınırlandırılmalıdır (12).

Alkol

Yaşlı kişilerde, vücut kompozisyon değişikliği nedeniyle, alkolün etkilerine karşı daha duyarlıdırlar. Orta düzeyde alkol alımı; kan basıncı, glisemik kontrol ve tromboz risk azalması üzerine yararlı etki gösterir. Alkol, iştahı uyarabilir ve yararlı etki gösterebilir. Ancak, yüksek dozda alkol alımı; inme, hipertansiyon, hipoglisemi, laktik ve ketoasidoza neden olur. Kadınlar için 1-2 ünite/gün, erkekler için 2-3 ünite/gün kullanımıyla sınırlandırılır (15).

Malnütrisyonlu Diyabetik Hastalar

Eğer, hasta az miktarda beslenirse, şeker ihtiva eden besinler, iştahın artmasını sağlayarak beslenme oranını arttırabilir. Yüksek yağlı yiyecekler, küçük porsiyonlarla fazla miktarda enerji alınması sağlar. Yüksek lif içeren diyetler (kompleks karbonhidratlar), erken doymaya neden olarak enerji alımını kısıtlar. Yüksek protein içerikli ara öğünler, beslenme ihtiyacını karşılamak için önerilir. Ayrıca, bazı düşük glisemik indekse sahip yoğurt ve donndurma gibi besinlerle yüksek enerji sağlanabilir (16).

Obez Diyabetik Hastalar

İnsülin direnci olan, Tip 2 diyabetik hastalar obezdir ve kilo kaybı sonrasında kan şekeri regülasyonunda iyileşme sağlanır. Kilo kaybıyla, insülin duyarlılığında iyileşme hedeflenir. Basit şeker içeren gıdalar, oluşturulan diyet programından uzaklaştırılır. Düşük karbonhidrat içeren (<130 gr/gün) diyetler, uzun dönemde gelişebilecek etkileri yeterli olarak bilinmediği için önerilmez. Kısa dönem içinde, düşük yağ içeren diyetlere benzer olarak kilo kaybı sağlansada, kardiovasküler hastalık gelişimi üzerine negatif etkisi olabileceği düşünülür.

Egzersiz

Kilo veya yaştan bağımsız olarak; tüm diyabetik hastalar için egzersizin faydaları gösterilmiştir. Egzersiz; esneklik, denge ve fonksiyonel düzelme sağladığı kadar, metabolik ve kardiovasküler risklerde de iyileşme sağlar. Sekiz yıllık bir prospektif çalışmada; 2896 diyabetik yetişkine, haftada en az 2 saat yürüyüş yaptırılmış. Koroner kalp hastalığında %34 ve tüm nedenlere bağlı mortalite oranında %39 azalma görülmüş. Fiziksel aktivite, ekzojen veya endojen insüline olan cevabı da arttırır. Kılavuz önerilerine göre; 30 dakikalık periyodlarda ve orta düzeyde bir aktivite birçok yaşlı için yararlıdır. Düzenli olarak aktivite yoğunluğu ve frekansı arttırılır. Kırılgan yaşlılar için, belirli aktiviteleri dereceli olarak arttırarak kas gücü ve fonksiyonda düzelme görülebilir (17).

Tek Nutrisyonel Faktör Eksikliği

Diyabetik yaşlı hastalarda; düşük yiyecek alımı, kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanımına bağlı olarak mikronutrient yetersizliği riski yüksektir (18).

Vitaminler ve Mineraller

Vitamin D

Yetersizliğinde; osteomalazi, rikets, miyopati, osteoporoz, düşmelerde artış ve kırıklar görülebilir. 25-hidroksi D vitamini <40 pmol l-1 (16 mikrog/L) düzeyine sahip yaşlılarda, hareket yeteneğinde belirgin azalma görülür. Günde 700-800 IU dozlarda, kalsiyumla birlikte veya kalsiyum verilmeden de, kalça ve vertebra dışı kırıklarda azalma saptandığına ait kanıtlar mevcuttur. Dolaşımdaki 25 hidroksi D vitamininin büyük kısmı; derinin güneş ışığında UV-B radyasyona maruziyetiyle oluşur. Daha az bir kısmı, D vitamininden zengin gıdalardan elde edilir. Yaşlanmayla birlikte; güneşe maruziyette azalma, deride incelme ve D vitamin sentez kapasitesinde azalma görülür. Bu nedenle gıdalardan alınmasını arttırmak gereklidir. Bakımevlerinde kalan yaşlılarda, D vitamini yetersizliğine oldukça sık rastlandığı için 800-1000 IU/gün dozlarda replasman önerilir (19).

Kalsiyum

Kılavuzlar, yaşlılarda kemik sağlığının optimum düzeyde sağlanması için yeterli düzeyde kalsiyum replasmanı (1200 mg/gün) önerilir. Barsaktan kalsiyum absorbsiyonunu, kemik formasyonu ve remodeling için yeterli D vitamini düzeyi gereklidir. Kalsiyum verilirken, D vitaminin yetersizliği olup, olmaığı da araştırılmalıdır. Ancak, alternatif olarak, kalsiyum tedavisiyle birlikte rutin olarak D vitamini tedavisi eklenir.

Diyabet hastada gelişen, periferal nöropati, otonomik nöropati, görmede yetersizlik ve hipoglisemik ataklarla birlikte düşmeler ve osteoporoza bağlı kırık riski artar (18).

Vitamin B12 (Kobalamin)

Yaşlılarda, gençlerle karşılaştırıldığında eksikliğine daha yüksek oranda rastlanır. Framingham çalışmasında; yaşlıların %11.3'ünde vitamin B12 düzeyi <258 pmol civarında olup, yüksek plazma homosistein ve metilmalonik asit düzeyleriyle birliktedir. Genç grupta vitamin B12 yetersizliği %5.3 oranındadır. Bakımevlerinde kalan yaşlılarda % 30-40 oranındadır. Çünkü, B12 yetersizliğinin işaret ve semptomları göze çarpmayabilir. Makrositik anemi, spinal kordun subakut dejenerasyonu, nöropatiler, ataksi, glossit ve demans gelişimi B12 yetersizliği ile ilişkilidir. Homosistein düzeyinin yüksekliğinin, damar duvarına zarar verdiğine ait kanıtlar vardır. Artmış plazma düzeyleri ve kardiyovasküler risk arasında kuvvetli bir ilişki mevcuttur.

Vitamin B12 ve folat yatersizliklerin birlikteliği, yaşlılarda sıkça görülür. En sık görülen kolaylaştırıcı faktör; gastrik atrofi olup, 80 yaş üzeri popülasyonun %40'ının üzerinde görülür. Gastrik atrofi gelişimini kolaylaştıcı faktörler; helikobakter

pylori infeksiyonu, kronik alkolizm, bakteriyal overgrowth, uzun dönem metformin kullanımı, antiasitler ve obezite için yapılan gastrik bypass cerrahisi olarak sayılabilir.

Yaşlılarda, günlük B12 vitamini ihtiyacı 2-5 mg'dır. Vitamin B12 yetersizliği (<150 pmol l), diyetteki yetersizliğe bağlıysa, en iyi tedavi; intramusculer (İ.M) vitamin B12 veya en az oral olarak 100 mg/gün vitamin B12 olarak önerilir. Malarbsorbsiyon varlığında; İ.M vitamin B12 veya yüksek doz (500 mg/gün) oral vitamin B12 önerilirken; pernisiyöz anemi durumunda hayat boyu İ.M tedavi gereklidir.

Folat

Portakal suyu, koyu yeşil yapraklı sebzeler, yer fıstığı, çilek, kuşkonmaz gibi yiyecekler folattan zengindir. Yetersizliğinde; makrositik anemi, artmış homosistein konsantrasyonu ve artmış oranda kolorektal kanser, servikal kanser, kognitif bozukluk, demans ve depresyon ile ilişkili olarak bulunmuştur. Folat yetersizliği; yaşlı popülasyonda %4-50 oranı arasındadır. En sık olarak diyetteki yetersizlik yanında, daha az sıklıkta; ilaç (metotreksat, antikonvülzanlar, sülfasalazin) ve alkol kullanımına bağlıdır. Eksikliği saptandığında; öncelikle diyeti meyva ve sebze açısından zenginleştirilmelidir. Diyetteki artışla başarı sağlanamazsa; 0.5-5 mg/gün tedaviye eklenmelidir.

Diğer Vitaminler ve Mineraller

Çinko: Yetersizliğinde; anoreksi, T hücre abnormalliği, impotans, yara iyileşmesinde eksiklik ve makula dejenerasyonu görülebilir. Çinko eksikliğiyle, diyabet ve glikoz homeostazı arasındaki ilişkiyi gösteren yeterli kanıt yoktur. Günlük önerilen doz, 50 yaş üzeri erkeklerde 15 mg, kadınlarda 12 mg'dır. Bacak ülseri, impotans ve yara iyileşmesinde yetersizlik durumunda; 70 mg elementel çinko 3 ay süreyle önerilir.

Krom: Lipid metabolizması ve glikoz regülasyonunda önemli rol oynar. Yetersizliğinde; kilo kaybı, nöropati ve bozulmuş glukoz toleransı ile ilişkilidir. Diyabette, krom yetersizliğinin prevalansı belirsizdir. Ancak, kromun tedaviye eklenmesiyle, glikoz toleransında iyileşme görülür.

Bakır: Yaşlı diyabetiklerde, artmış bakır düzeyinin klinik önemi henüz belirsizdir. Son yıllarda önerilen bakır tüketimi 1.5-3 mg/gün'dür.

Demir: Diyabetik hastalarda, gecikmiş absorbsiyona neden olabilen böbrek yetersizliği veya nöropati gelişmeden, demir durumunda büyük değişiklikler görülmez. Ancak, yaşlı diyabetiklerde yapılmış ve demir durumunu araştıran çok fazla da çalışma yoktur.

Magnezyum: Glikoz homeostazında önemli rol oynar. Diyabetiklerde, özellikle yaşlılarda, hiperglisemi varlığında idrardan kaybında artış görülür. Alınması önerilen günlük doz erkeklerde 420 mg/gün, kadınlarda 320 mg/gün'dür. Mağnezyum replasmanın, yaşlılarda glukoz ve arginine cevabı iyileştirdiğine ait çalışmalar mevcuttur. Ancak, daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

B **ve** A **vitaminleri**: Birçok metabolik fonksiyonda kullanılırlar. Primer kaynağı, yeşil yapraaklı sebzelerdir. Nöropatili hastalar için, 2 ay süreyle B1 veya B6 önerilmiş. Ancak, bu tedavi rejiminde etkinlik sağlanamamıştır. Yaşlanmayla, serum vitamin A düzeyiyle yapılançalışmalarda yetersizlik bulunmamıştır.

Vitamin C: Yaşlı ve genç diyabetiklerde, serum vitamin C düzeyi yetersizliği sıklıkla görülür. Kronik hiperglisemi varlığında, doku depo düzeylerinde de azalma vardır. Yetersizliği, lökosit fonksiyonlarında bozulma ve mikroanjiopatiyle ilişkilidir. ADA, vitamin E, vitamin C ve karoten gibi antioksidanların, eksikliği belirlenmeden rutin olarak tedaviye eklenmesini önermemektedir. Ancak, yaşlılarda, enerji alımı azaldığı için multivitaminlerin eklenmesi yararlı olabilir (20).

Oral Destek Tedavisi

Oral destek tedavisi; 3 ayda %5 veya 6 ayda %10'dan fazla kilo kaybı olduğunda ya da BKİ'i <22 kg/m2 olduğunda erken dönemde başlanmalıdır. Bir metaanalizde (21); hastaneye yatan malnütrisyonlu hastalarda, erken dönemde enteral destek ürünleriyle daha az komplikasyon ve mortaliteyle ilişkili sonuçlar saptanmıştır. Mortalitede azalma üzerine en iyi sonuçlar; genel durumu kötü olanlar, >75 yaş hastalarda, >400 kcal/gün destek alanlar ve başlangıç yatışında belirgin beslenme bozukluğu olanlarda görülür. Uzun süreli yatışlarda (>4 hafta) ve başlangıçta beslenme durumu iyi olanlarda malnütrisyon gelişimi görülmüştür. Bu durum, enteral destek tedavisiyle önlenebilir.

Birçok hastada, beslenme ürünleri, kısıtlı bir süre için uygulanması planlanır ve sadece pozitif etkiden sonra devam ettirilir. Tedaviye uyum ve kabul etmek hastalar için zor olabilir. Destek ürünlerininin; özellikle öğün aralarında, nadiren yatmadan önce verilir. Her ürünün 30 dk.'dan fazla sürede tüketilmemelidir. Ürünlerin birçoğunda 1 ml'si 1 kcal'ye eşittir. Ancak, yüksek kalorili (1.5- 2 kcal ml-1) ürünlerde mevcuttur ve bazı durumlarda kullanımı uygun olur. Şidetli protein yetersizliğinde, yüksek protein içeren ürünler tercih edilebilir. Bazı vakalarda ihtiyaç yüksek olarak düşünülse de, gerçekçi hedef günde 400 kcal enerji sağlayan destek ürünü verilmelidir.

Diyabetik hastalarda, iyi glisemik kontrol, uzun dönem komplikasyon gelişimini en aza indirir. Hastanede iyi glisemik kontrol, iyi bir metabolik durum sağlayarak immun aktivite ve yara iyileşmesinde kolaylık sağlar. Tüm hastalarda, kinik durumlarına göre takiplerini bireyselleştirilmelidir. Şiddetli malnütrisyona sahip hiperglisemik hastalarda, gelişebilecek metabolik komplikasyonlardan, elektrolit bozuklukları ve fazla sıvı yüklenmesiyle karakterize re-feeding sendromu açısından dikkatli olunmalıdır.

Diyabetik olgularda, beslenme tedavisi sırasında, medikal tedavi açısından da değerlendirilmelidir. Kritik hastalarda, oral antidiyabetik (OAD) ilaç kullanımı konrendike olarak kabul edilir. Oral antidiyabetikler içinden kullanılması en uygun olanlar, repaglinid veya nateglinidlerdir. Eğer gerekliyse, OAD'ler, enteral beslenme uygulanan, klinik olarak stabilize hastalara, enteral tüp pre-pilorik olduğunda verilebilir. İnsülin tedavisi, tüm Tip 1 DM, hiperglisemik Tip 2 DM ve kritik hastalarda uygulanır. İnsülin tedavisi, hastanın kliniğine göre; sürekli infüzyondan, subkutan, aralıklı, çok hızlı insülin, bir veya iki kez uzun etkili insülin kullanılabilir. Ancak, parenteral beslenme torbasına, insülin eklendiğinde, torbanın plastik yüzeyinde ve kanüllerde insülinin adsorbe olabileceğini unutmamak gereklidir (22).

Enteral nutrisyon, diyabetik olgularda da besin alımının fizyolojik yoludur. Yaşlı ve diyabetik olgularda, persistan anoreksi ve disfaji gözlendiğinde perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) önemli bir beslenme yoludur (23).

Enteral Tüple Beslenme

Sürekli, aralıklı veya geceboyunca gibi beslenme düzeni oluşturulmasını sağlar.

- Standart enteral tüp ürünleri (1 kcal ml-1; ozmolarite 201-250 mOs l-1): Enerjinin %15-16'sını protein (süt protein-kazein), %30-35'i uzun ve orta zincirli yağ asidi karışımı (%40 MUFA, %30 kısa zincirli yağ asidi (SFA) ve poli-unsatüre yağ asidi (PUFA)), %50-56'sı karbonhidratlardan (başlıca maltodekstrin) sağlanır.
- Yüksek enerjili ürünler (1.5 kcal, ozmolarite 300): Makronutrientlerin, enerjiyi sağlamak için eklenme oranları; standart formüle benzer olarak hazırlanmıştır.
- Lifli ürünler: Miktarı 100 ml'de, genellikle 1-2 gr. arasındadır. ----
- Özel ürünler: Özel durumlarda, özellikle renal yetersizlik, malarbsorbsiyon, elektrolit kısıtlamalarında, süt protein intoleransı ve inflamatuar barsak hastalıklarında kullanılır.

Diyabetik ürünler, standart ürünlerle karşılaştırıldığında; daha yüksek yağ (enerjinin %40-50'si MUFA), daha düşük karbonhidrat içeriğinden (%35-40) ve %15'ide fruktozdan oluşur. Böylece, mide boşalımında gecikme (yağ ve lif), karbonhidratların intestinal absorbsiyonuna azalma (lif) ve küçük glisemik cevaplar (fruktoz) oluşturarak glisemik kontrol sağlanır (24).

Enteral Nutrisyon Desteğnin Komplikasyonları

Tüple beslenmeye bağlı gelişebilecek gastrointestinal komplikasyonlar içinde en sık olarak; gastroparezi ve diyaredir. Gastroparezi; şişkinlik, tokluk hissi, bulantı ve kusmaya neden olur (1, 24). Destek ürününün değiştirilmesine ek olarak, prokinetik ilaçların eklenmesi gasrik boşalmanın düzeltilmesinde yararlıdır. Eğer yeterli başarı sağlanamazsa, jejunal beslenme yararlı olabilir. Kronik diyare, enteral beslenme uygulanan diyabetik olguların %20-85'inde görülür. Sistematik bir yaklaşım gereklidir. Hastaların, tüp takılmadan önceki barsak hareketleri hakkında bilgi alınmalıdır. Kullanmış olduğu ilaçların gözden geçirilmesi gereklidir. Hiperozmolar ürünler veya hızlı beslenme durumunda da diyarelerin olabileceği unutulmamalıdır.

Parenteral Nutrisyonel (PN)

Gastrointestinal yolun kullanılamadığı durumlarda kullanılabilir. Hastaların %30'unda geçici diyabet ve %15'inde hiperglisemiye neden olur. Santral PN kullanımıyla, intrvenöz kateter ilişki infeksiyon sıklığı oldukça yüksektir. Parenteral nutrisyonda; enerji, yağ ve karbonhidrat (genellikle %50 oranında karbonhidrat ve yağdan non-protein enerji) karışımından elde edilir. Yağın eklenmesi; substrat ve yağda eriyebilir vitaminlerin alınmasını sağlaması yanında, ozmolariteyi de azaltarak periferal beslenmenin devamlılığını sağlar. Protein komponenti, esansiyel ve esansiyel olmayan aminoasitlerin eklenmesi yoludur.

Parenteral nutrisyonda; genellikle besin ögelerinin tümünü, bir torba içinde verilir. Ayrıca, 24 saat süreyle infüzyon uygulamasıyla; kan glukoz ve elektrolit düzeylerinde gelişebilecek ani değişiklikler önlenmiş olur. Stres aracılıklı glukoz intoleransı gelişen ve tüm diyabetik olgularda; oral antidiyabetik ilaçlar kesilerek insülin tedavisi önerilir. Nutrisyon desteğinde gelişebilecek hiperglisemi ve hipoglisemilerin önlenmesi için (24, 25);

1. fazla beslenme önlenmeli,
2. karbonhidrat infüzyon hızı, glukoz oksidasyon hızından (6-7 mgkg- min-1) daha fazla olmamalıdır (26),
3. yağ ve karbonhidrat oranı iyi ayarlanmalıdır,
4. parenteral nutrisyon kesilmeden önce, rebound hipoglisemilerin gelişmesinin önlenmesi için infüzyon hızı yavaşlatılmalıdır (24).

Kaynaklar

1. Peake H. Inpatient nutritional support of sick patients with diabetes. In: G. Frost, A. Dornhorst and R. Moses (eds). Nutritional Management of Diabetes Mellitus. John Wiley & Sons, Ltd. England. 2003; chapter 14; pp 215–229.
2. Beaufrere B and Morio B. Fat and protein redistribution with aging: metabolic considerations. Eur J Clin Nutr 2000; 54 (Suppl. 3): 48–53.
3. Morley JE. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. Am J Clin Nutr 1997; 66 (4): 760–73.
4. Morley JE, Thomas DR and Wilson MMG. Cachexia: pathophysiology and clinical relevance. Am J Clin Nutr 2006; 83: 735–43.
5. Janssen I, Baumgartner RN, Ross R et al. Skeletal muscle cutpoints associated with elevated physical disability risk in older men and women. Am J Epidemiol 2004; 159 (4): 413–21.
6. Campbell AJ, Spears GF, Brown JS et al. Anthropometric measurements as predictors of mortality in a community population aged 70 years and over. Age Ageing 1990; 19 (2): 131–5.
7. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM et al. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of US adults. N Engl J Med 1999; 341 (15): 1097–105.
8. Heiat A, Vaccarino V and Krumholz HM. An evidence-based assessment of federal guidelines for overweight and obesity as they apply to elderly persons. Arch Intern Med 2001; 161 (9): 1194–203.
9. Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF *et al*. Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. Am J Clin Nutr 2005; 82 (5): 923–34.
10. Fontaine KR and Allison DB. Does intentional weight loss affect mortality rate? Eat Behav 2001; 2 (2): 87–95.
11. Bauer JM, Vogl T, Wicklein S, Tr¨ogner J, M¨ohlberg W and Sieber CC. Comparison of Mini Nutritional Assessment, Subjective Global Assessment and Nutritional Risk Screening (NRS 2002) for Nutritional Screening and Assessment in Geriatric Hospital Patients. Z Gerontol Geriat 2005; 38: 322–7.
12. American Diabetes Association. (2007) Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes. A position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 2007; 30 (Suppl. 1): S48–65.
13. Nitzke S, Freeland-Graves J and the American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: total diet approach to communicating food and nutrition information. J Am Diet Assoc 2007; 107 (7): 1224–32
14. Waugh NR and Robertson AM. Protein restriction for diabetic renal disease. Cochrane Database Syst Rev 2000; 2: CD002181.
15. Swade TF and Emanuele NV. Alcohol and diabetes. Compr Ther 1997; 23: 135–40.
16. Zizza CA, Tayie FA and Lino M. Benefits of snacking in older Americans. J Am Diet Assoc 2007; 107 (5): 800–6.
17. American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Ex 1998; 30: 992–1008.
18. Mooradian A, Failla M, Hoogwerf BJ, Maryniuk M and Wylie-Rosett J. Selected vitamins and minerals in diabetes. Diabetes Care 1994; 17: 464–79.
19. Hollis BW. Circulating 25-hydroxyvitamin D levels indicative of vitamin D sufficiency: implications for establishing a new effective dietary intake recommendation for vitamin D. J Nutr 2005; 135 (2): 317–22.
20. Joshi S and Morley JE. Vitamins and minerals in the elderly. In: MSJ Pathy, AJ Sinclair and JE Morley (eds). Principles and practice of geriatric medicine. 4th ed. John Wiley & Sons Ltd. Chichester, England. 2006; Vol. 1, pp. 329–46.
21. Milne AC, Avenell A and Potter J. Meta-analysis: Protein and energy supplementation in older people. Ann Intern Med 2006; 144: 37–48.
22. Pomposelli JJ, Baxter JK, Babineau TJ, Pomfret EA, Driscoll DF, Forse RA and Bistrain BR. Early postoperative glucose control predicts nosocomial infection rate in diabetes patients. J Parenter Enteral Nutr 1998; 22: 77–81.
23. Schneider SM, Raina C, Pugliese P, Pouget I, Rampal P and Hebuterne X. Outcome of patients treated with home enteral nutrition. J Parenter Enteral Nutr. 2001; 25: 203–9.
24. Task Force of A.S.P.E.N; American Dietetic Association Dietitians in Nutrition Support Dietetic Practice Group, Russell M, Stieber M, Brantley S, Freeman AM, Lefton J, Malone AM, Roberts S, Skates J, Young LS; A.S.P.E.N. Board of Directors; ADA Quality Management Committee. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) and American DieteticAssociation (ADA): standards of practice and standards of professional performance for registered dietitians (generalist, specialty, and advanced) in nutrition support. Nutr Clin Pract. 2007; 22 (5): 558–86.
25. Pitts DM, Kilo KA and Pontious SL. Nutritional support for the patient with diabetes. Crit Care Nurs Clin North Am 1993; 5: 47–56.
26. Orr ME. Hyperglycemia during nutritional support. Crit Care Nurs 1992; 12: 64–70.

Enteral Beslenme Destek Tedavisi

Uzm. Dr. Sevnaz Şahin
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç hastalıkları AD, Geriatri BD, İzmir

Bilinen en uzun yaşayan kayıtlara geçen kişi Fransız, bayan Jeanne Louse Calmet'tir. Bayan Calmet 1997 yılının şubat ayında 122. Yaş gününü kutladıktan sonra aynı yıl ağustos ayında aramızdan ayrılmıştır. Kendisi ile uzun yaşamın sırları üzerine yapılan sohbetlerde en çarpıcı olanlar; 100 yaşına kadar bisiklet kullanması, zeytinyağı dışında yağ kullanmaması, hemen her gün bir parça çikolata yemesi ve kendi hakkında 'hiç keşkelerim olmadı, hep cesur yaşadım' şeklindeki ifadesidir.

Sağlıklı ve uzun yaşamda genetik özellikler, çevresel faktörler ve sağlıklı yaşam biçimi önemlidir. Sağlıklı yaşam biçimi denildiğinde de düzenli egzersiz ve dengeli beslenme kastedilmektedir. Beslenme bozukluğu yaşlılarda sık görülmekte, yüksek oranda morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir.

Yaşlılarda enteral beslenme destek tedavisi olgularla daha ayrıntılı incelenecektir

Olgu 1:

- 82 yaşında Fatma hanım,
  - Son 15 gündür az yemek yiyor
  - **Öğünlerde tükettiği miktar azalmış**
- HT +, KAH +
- Kilo: 54 kg, VKİ: 20
- Kilo kaybı yok, Mini Nutrisyonel Değerlendirme: 20
- Son zamanlarda içine kapanmış
- Biyokimyasal parametleri N
- TA regüle, diş ve diş eti problemi yok

Olgu 2:

- 78 yaşında Ayşe hanım,
- 10 gün önce düşmeye bağlı kalça kırığı nedeniyle opere olmuş
- Hastanede İYE nedeniyle antibiyotik başlanmış, devam ediyor
- İştahı yok
- HT +, KKY +
- Kilo kaybı+ (ameliyattan sonra 3 kilo vermiş) Kilo: 64 kg,
- VKİ: 19, Mini Nutrisyonel Değerlendirme: 18
- Biyokimyasal parametleri N
- TA regüle, diş ve diş eti problemi yok
- Depresyon tanısı koyularak tedavi başlanıyor

Olgu 3:

- 80 yaşında Ahmet bey,
- Yakınlarının son zamanlarda çok sık hasta olduğu, yemek yemek istemediği, çok dışarı çıkmak istemediği nedeniyle kontrole getirilmiş
- HT +, KAH +, DM + (ACE inh, asetil salisilik asit ve OAD ile regüle)
- Son 1 ayda 7 kilo vermiş (71 kilodan 64 kilo)
- VKİ: 20, Mini Nutrisyonel Değerlendirme: 14
- Biyokimyasal parametleri N
- TA regüle, diş ve diş eti problemi yok

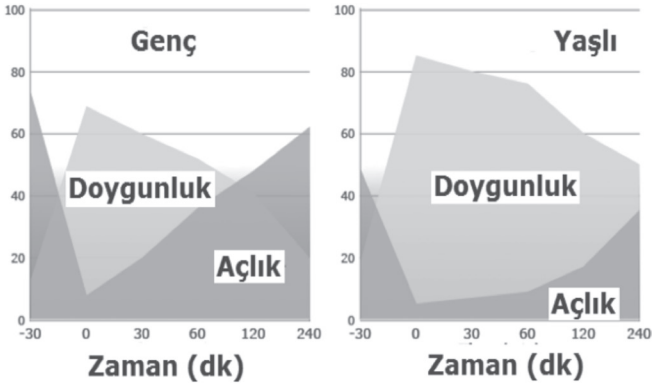
Olgular incelendiğinde ilk 2 olguda malnütrisyon riski 3. Olguda malnutrisyon olduğu görülecektir. Olguların ortak özelliği hepsinde iştah kaybının olmasıdır. İştah kaybı yaşlılarda malnütsiyon riski ve ardından da malnutrisyon gelişimi için önemli bir nedendir.

Yaşlılarda malnütrisyonun önemli bir nedeni 'Yaşlılık Anoreksi 'dir. Yaşlılık Anoreksiası yaşa bağlı iştahsızlık, besin alımında azalmayı ifade etmektedir. Yaşılılık anoreksiasında etkili olan mekanizmalar:

- Acıkma ve doyma mekanizmalarının bozulması
- Fundus kompliansında azalma, gastrik boşalmada gecikme
- Tat duyusunda bozulma
- Egzersiz ve enerji tüketiminde azalma
- Psikolojik faktörler (alkol kullanımı, depresyon, yas, demans, ölüm korkusu gibi)
- Sosyal faktörler (fakirlik, yiyeceğe ulaşmama, yemek yapamama, yalnızlık)
- İlaçlar (antibiyotikler, antineoplastikler, antidepresanlar gibi)
- Eşlik eden hastalıklar (kanser, RA, Kalp yetmezliği, disfaji gibi)

Bu nedenlerle yaşlılarda doygunluk hissi gençlere göre çok daha uzundur (Şekil 1).

Şekil 1: Gençler ve yaşlıların açlık ve doygunluk süreleri



Literatür , Anorexiayı nazokomial infeksiyonlar için bağımsız risk faktörü olarak tanımlamakta, bu hastalarda hastanede yatış sürelerinin daha uzun olduğunu bu hastalarda yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasitede bozulmanın daha fazla olduğunu belirtmektedir.

Avrupa klinik nutrisyon ve metabolizma derneğinin (ESPEN) 2006 yılında yayınlanan geriatrik hastalar için enteral beslenme rehberinde enteral beslenmeyi kanıt A düzeyinde önerdiği hasta grupları aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

ESPEN Enteral Beslenme Rehberi: Geriatrik Hastalar

Konu	Öneriler	Düzey[1,2]	Sayı
Endikasyonlar	**Yetersiz beslenmiş veya yetersiz beslenme risk grubunda** olan hastalarda enerji, protein ve mikrobesinlerin alımını arttırmak, nütrisyonel durumlarını devam ettirme veya iyileştirme ve yaşam sürelerini uzatma için oral nutrisyon ekleri kullanılır.	A	2.1
	Yetersiz beslenmiş veya yetersiz beslenme risk grubunda olan **narin yaşlılarda** beslenme durumlarını devam ettirme veya iyileştirme için oral nutrisyon ekleri (ONS) kullanılır.	A	2.2
	Narin yaşlılar genel durumları stabil olduğu sürece TB'den yarar görebilirler (hastalığın terminal fazında değiller ise).	B	2.2
	Ağır nörolojik disfajili yaşlı hastalarda enerji ve beslenme desteği sağlama ve böylece nütrisyonel durumlarını devam ettirme veya iyileştirme için enteral nütrisyon (EB) kullanılır.	A	2.3
	Kalça kırığı ve ortopedik cerrahi sonrasında yaşlı hastalarda komplikasyonları azaltmak için ONS kullanılır.	A	2.4
	Depresyonda ağır anoksi ve motivasyon kaybını yenmek için EB kullanılır.	C	2.6
	Demanslı hastalarda ONS veya tüple besleme, nutrisyon durumunda iyileşme sağlar.		2.7
	Erken ve ılımlı demansta yeterli enerji ve besin desteğini sağlama ve yetersiz beslenmeyi önlemek için ONS –nadiren TB- düşünülmelidir.	C	2.7
	Terminal demanslı hastalarda tüple beslenme önerilmez	C	2.7
	Disfajili hastalarda **TB ile aspirasyon pnömonisinin önlenmesi** kanıtlanmamıştır.		2.9
	Özellikle yüksek protein içerikli ONS **basınç yarası gelişimi riskini** azaltabilir.	A	2.1
	Klinik tecrübelere dayanarak, EB **bası ülserlerini iyileştirme** amacı	C	2.1

ESPEN kılavuzunda göre her 3 hasta da enteral beslenmeden yara görecek gruba girmektedir. Peki hangi ürün verilmelidir. Enteral destek ürünleri içeriklerine göre şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

1. Standart ürünler
2. Yüksek kalorili ürünler
3. Liften zengin ürünler
4. Proteinden zengin ürünler
5. İmmunütrisyon ürünleri
6. Elemental-Semielemental
7. Hastalığa Özel Ürünler
   - Diyabet için özel ürünler
   - KOAH için özel ürünler
   - Karaciğer Yetmezliği için özel ürünler
   - Böbrek Yetmezliği için özel ürünler
   - Kanser için özel ürünler

Ürünlerin hepsi ayrıntılı olarak daha önce anlatıldığı için bu metinde sadece sık kullanılanlar üzerine kısa bilgiler verilecektir.

Standart ürünler: Yeterli miktarda verildiklerinde besin ögeleri yönünden eksiksizdir, genellikle izotonik ve izokaloriktir. Osmolaritesi kanın osmolaritesi olan 288 'e yakındır, 1 ml = 1 kcal içermektedir.

Lifli ürünler: Standart ürünlere benzer içerik , Lif miktarı yüksektir, dışkıya yumuşaklık ve hacim kazandırarak barsakların düzenli çalışmasını sağlar. Diyare ve konstipasyonu önler. Prebiyotik etkilidirler.

Yüksek kalorili ürünler: Sıvı kısıtlaması gereken durumlar, zor beslenen hastalarda önerilmektedir.

Yüksek enerji gereksiniminde önerilir. Hiperkalorik- hiperozmolardır. Osmolaritesi kanın osmolaritesi olan 288 'in üzerindedir. 1ml= 1.5-2 kcal içermektedir.

Proteinden zengin ürünler: Düşük Protein alımının olduğu durumlarda,inaktivite, katobolik süreç, yanıklar, travma, sarkopeni de önerilmektedir. Yaşlılarda önerilen 1.2–1.3g/kg/ gündür. Yanık ve travmada 1.5 gr/kg/ gün e kadar çıkılabilir. Gluten içermezler.

Diabetik ürünler: %15-17 protein, %30-35 karbonhidrat (düşük glisemik indeksi KH)
%42-49 yağ (Yağ içeriği düşük), 15-20 gr lif/lt (Lif içeriği düşük) içerirler Ayrıca, FOS, MUFA açısından zengindirler. Laktozsuz dur(Sukroz). Gastrik boşalma daha hızlı ve osmolalite: 350-400 mOsm/kg dur.

Bu bulgular ışığında İlk hastamız Fatma hanımda standart veya lifli ürünler in, ikinci hastamız Ayşe hanımda KKY olması nedeniyle yüksek kalorili ürünlerin, Ahmet beyde ise diabetik ürünlerin tercih edilmesi uygun olacaktır.

Beslenme ürünlerine uyumda bir çok faktör etkilidir. Beslenme ürününün yoğunluğu, aroması, veriliş zamanı, taktim şekli bunlardan bazılarıdır. Beslenme destek ürünleri için ge-

nel prensip mümkünse hastanın damak zevkine hitap eden aromaların tercih edilmesi, öğün aralarında ana öğüne destek olarak verilmesidir.

Sonuç olarak, enteral beslenme ürünleri uygun hastada mümkün olduğunca hızlı başlanmalı, ürün seçiminde yaşlının kronik hastalıkları, mevcut kilosu, metabolik durumu, tercihleri göz önüne alınmalıdır.

Kaynaklar:

1. Naber TH, et al. AJCN 1997;66:1232-1239
2. Suominen M, et al. Eur J Clin Nutr. 2005;59:578-583.
3. Neumann SA, et al. J Hum Nutr Dietet. 2005;18:129-136.
4. Norman K, et al. World J Gastroenterol. 2006;12:3380-3385.
5. Pauly L, et al. Z Gerontol Geriatr. 2007;40:3-12.
6. ESPEN Guidlines on Enteral Nutrition: Geriatrics Clinical Nutrition .2006; (25):330-360
7. Rubenstein LZ et al J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56:M366-372
8. V. Di Francesco, J Gerontol 2005
9. J Nutr Health Aging 2009

5. Akademik Geriatri 2012

1. Geriatrik Kardiyoloji Güncel Tedaviler 2012 Kursu

Konuşma Metinleri

İzole Sistolik Hipertansiyon Ve Ortostatik Hipotansiyon

Dr. Ali Deniz

Çukurova Üni. Tıp Fak. Kardiyoloji Anabilim Dalı

Önceleri büyük arterlerin sadece kondüit görev gördüğü düşünülmekteyken, bugün için ventriküler ejeksiyona bağlı kan basıncı değişikliklerini tamponlamak gibi önemli bir fizyolojik rolü olduğu bilinmektedir. Bu sayede nabız basıncındaki artış önlenmekte ve periferik kan akımı düzenlenmektedir. Büyük arterlerin sertleşmesi nabız basıncını artırır ve izole sistolik hipertansiyon gelişimine yol açar. Özellikle yaşlı popülasyonda izole sistolik hipertansiyon en sık görülen hipertansiyon şeklidir ve inme, demans, kardiyovasküler hastalıklar, kalp yetersizliği, böbrek hastalığı ve mortalitede artışa yol açar. Aynı zamanda ortostatik hipotansiyon patogenezinde de arteriyel sertliğin önemli bir rolü vardır.

Büyük arterlerin sertleşmesi yaşlanmanın bir parçasıdır. Ateroskleroz, diyabet, hipertansiyon ve kronik böbrek hastalığı gibi birçok faktör arteriyel sertlik gelişimine katkıda bulunur. Arteriyel sertlik santral ve kondüit arterleri diffüz olarak değil, yamasal tarzda tutar ve daha periferik arterlerde belirgin bir etkilenme olmaz (1,2). Büyük arterlerin nabız basıncını dengeleyici rolünü belirleyen iki yapısal protein elastin ve kollajendir. Bu proteinlerin yapım ve yıkım süreci dinamik olmakla beraber damar duvarındaki oranları sabit olarak korunmaya çalışılır. Özellikle inflamatuar sürecin etkisiyle bu denge kollajen lehine bozulur, damar duvarında kollajen/elastin oranı artar, elastin liflerde kırılma olur ve damar elastisitesi azalırken arteriyel sertlik ilerler (3). Kollajenin nonenzimatik glikozilasyonu bu proteinin yarı ömrünü uzatır, böylece anormal kollajen birikimi artar (4). Hipertansiyon da lüminal basıncı artırarak kollajen sentezini artırır (5). Süreç içerisinde intima-media kalınlığı artar ve vasküler düz kas tabakasında hipertrofi gelişir (6,7). Damar duvarında lipid birikiminin ise arteriyel sertliğe yol açıp açmadığı tartışmalıdır. Ayrıca birçok hormonun da arteriyel sertliğe katkısı olduğu bilinmektedir. Anjiyotensin II kollajen oluşumunu artırır, vasküler hipertrofiye yol açar, NO oluşumunu azaltır, elastin sentezini baskılar ve oksidatif stresi artırır (8). Anjiyotensin II inflamasyonu tetikler ve aldosteron sentezine yol açar. Aldosteron da vasküler düz kas hipertrofisi ve damar duvarında fibrosise neden olur, endotelin sentezine yol açarak vazokonstrüksiyon ve fibrosisi daha da artırır (9-11). Kronik böbrek hastalığında hipertansiyona bağlı intima-madia kalınlaşması, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi aktivasyonuna bağlı ekstraselüler kollajen artışı ve vasküler düz kas hücre proliferasyonu, arteriyel mediada kalsifikasyon gibi nedenlerle arteriyel sertlik artışı olur (12).

Vasküler sertleşme arteriyel nabız basıncını artırır. Artan nabız basıncı özellikle bifurkasyon bölgelerinde daha fazla türbülans ve shear stres artışına yol açar. Ayrıca sol ventrikül ardyükü artar. Aynı miktarda atım hacmi sağlayabilmek için daha sert artere ejeksiyon daha yüksek sistol sonu basınç gerektirir. Bu da miyokard hipertrofisini tetikler.

İzole sistolik hipertansiyon (İSH) (sistolik kan basıncı >140 mmHg, diyastolik kan basıncı <90 mmHg) ve nabız basıncı yüksekliği (nabız basıncı (PP)=Sistolik kan basıncı-diyastolik kan basıncı) vasküler elastisitedeki azalmanın klinik sonuçlarıdır (13). Genç hipertansif hastalarda sistolik ve diyastolik kan basınçları kardiyovasküker olayları öngördürürken (14), yaşlı hipertansif hastalarda sistolik kan basıncı ve nabız basıncı kardiyovasküler olayları öngörmek için daha önemli risk faktörleridir (15,16). İSH 60 yaş üzeri bireylerin yaklaşık yarısında görülmektedir ve tedaviyle hedef kan basıncı değerlerine ulaşmak oldukça zor olmaktadır.

Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) çalışmasına 60 yaş üzeri (ortalama yaş 72) ve sistolik kan basıncı ≥160 mmHg, diyastolik kan basıncı <90 mmHg olan (ortalama kan basıncı 170/77 mmHg) olan 4763 hasta alınmıştır (17). Ortalama 4.5 yıllık izlem döneminde aktif tedavi (klortalidon/atenolol/reserpin) kolu plasebo koluna göre inme riskini %36, fatal ve non-fatal kardiyovasküler olay riskini %32 azaltmıştır. Ancak gruplar arasında total mortalite açısından fark saptanmamıştır. Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) çalışmasına İSH olan 4695 hasta alınmıştır (ortalama yaş 70, ortalama kan basıncı 174/86 mmHg) (18). Aktif tedavi kolu (nitrendipin/enalapril/hidroklorotiyazid) plasebo

ile karşılaştırılmış, fatal ve non-fatal inme insidansında %42, kardiyovasküler olaylarda %31, kardiyovasküler mortalitede %27 azalma saptanmıştır. Tedavi etkisinin özellikle diyabetik hastalarda belirgin olduğu görülmüştür. Hipertansiyon tedavisi ile demans insidansında da azalma olduğu gösterilmiştir. Systolic Hypertension in China (Syst-China) çalışması da SHEP ve Syst-Eur çalışmalarının bulgularını desteklemiştir (19). Hypertension in the Very Elderly Trial (HYVET) çalışmasına 80 yaş üzeri sistolik kan basıncı 160 mmHg üzerinde olan 3845 hasta alınmıştır (20). İndapamid-perindopril kolunda plaseboya göre mortalitede %21, inmede %30 azalma saptanmıştır.

Hipertansiyonu olan birçok yaşlı hasta kan basıncı kontrolü için birden çok ajan gerektirir. Antihpertansif ilaç kombinasyonları antihipertansif etkinliği artırırken, yüksek doza bağlı yan etki riskini azaltır. Sabit doz kombinasyonlar ilaç uyumunu artırırken, maliyeti azaltır. Kılavuzlar yaşlı hastalarda ilk seçenek olarak tiyazid kullanımını desteklemektedir. Tiyazide ek olarak ikinci ilaç veya tiyazid alamayan hastalarda ilk seçilecek ilaç zorlayıcı endikasyona göre belirlenmelidir. Yaşlı hastalarda İSH'da ilk seçenek olarak tiyazid veya uzun etkili kalsiyum kanal blokeri kullanılabilir. Buna karşın ACCOMPLISH çalışmasında ACE inhibitörü ve kalsiyum kanal blokeri kombinasyonunun ACE inhibitörü ve diüretik kombinasyonundan daha etkin olduğu gösterilmiştir (21). Kalsiyum kanal blokerleri metabolik olarak nötraldir ve tiyazid diüretikler gibi metabolik yan etkileri bulunmaz. Yaşlı hastalarda ACE inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri diüretiklerle kombine edilerek kullanılabilir.

Ortostatik hipotansiyon (OH) ayağa kalkmanın ilk 3 dakikası içinde sistolik kan basıncının 20 mmHg, diyastolik kan basıncının 10 mmHg düşmesi olarak tanımlanır. OH bir tanı olmayıp, fizik muayene bulgusudur, semptomatik veya asemptomatik olabilir. Semptomatik olan hastalarda ayağa kalkma ile kan basıncı düşüşü daha belirgindir. OH'nin orta yaşlı bireylerde prevalansı %5-10 iken, yaşlı hastalarda %30'lara kadar çıkmaktadır.

OH'nin başlıca nedenleri:

1. Otonomik nöropatiler:
   a. Primer otonomik nöropatiler: Shy Drager sendromu, primer OH
   b. Sekonder otonomik nöropatiler: Parkinson hastalığı, diyabet, Alzhemier hastlığı, amiloidoz, üremi, otoimmün, spinal kord lezyonları, vs.
2. Hipovolemi: dehidrasyon, hiponatremi, kanama, anemi, diyaliz, yanıklar
3. Endokrin: Hipoaldosteronizm, hiperaldosteronizm, Bartter sendromu, feokorositoma, adrenal yetersizlik, diabetes insipidus
4. Kardiyovasküler: Hipertansiyon, kalp yetersizliği, aritmi, aort stenozu, karotid endarterketomi, gebelik
5. İlaçlar: Diüretikler, beta blokerler, alfa-1 adrenerjik reseptör antagonistleri, antiparkinson ilaçlar, antidepresanlar, antipsikotikler, PDE 5 inhibitörleri (özellikle nitratlarla kombine olarak), narkotikler, alkol

OH genellikle ayağa kalkma sırasında kan basıncını dengeleyici barorefleks sistemle ilişkili otonomik ve humoral yanıt yetersizliği, vasküler kompliyans azalması sonucunda gelişir. Normal yaşlanma ile barorefleks fonksiyonlar bozulur (22).

OH ile yorgunluk, baş dönmesi, göz kararması, presenkop, düşmeler, senkop ve ciddi serebral hipoperfüzyon durumlarında geçici iskemik ataklar gelişebilir. Koroner hipoperfüzyona bağlı angina oluşabilir. Terleme bozukluğu, gastrointestinal sistem motilite bozukluğu, impotans, mesane disfonksiyonu, supin hipertansiyon ile birlikte OH otonomik disfonksiyon düşündürür. Değerlendirme sırasında supin pozisyonda ve ayağa kalkma sırasında kan basıncı ile birlikte kalp hızı değişiklikleri saptanmalıdır. Hastanın volüm durumu ve kardiyak fizik muayene ile üfürümler, özellikle aort darlığı ve aritmi bulguları incelenir. Nörodejeneratif hastalıklarla ilişkili bulgular değerlendirilir. Tam kan sayımı, kan biyokimyasal incelemesi, EKG ilk tanısal inceleme yöntemleridir. Ekokardiyografi, eğik masa tesit, CT ve MR gerektiğinde istenecek tetkiklerdir.

OH tedavisinde ilaç dışı yöntemler yeterli sıvı alımı, postür değişikliklerinin yavaşça yapılmasını, alkol tüketiminin azaltılmasını, hipertansiyon yoksa tuz tüketiminin artırılmasını, aşırı sıcak ortamlar, sıcak duştan ve fazla ıkınmadan kaçınılmasını, elastik çoraplar giyilmesini içermektedir. OH nedeni olabilecek ilaç tedavileri gözden geçirilmelidir. Farmakolojik tedavide ise midodrin, fludrokortizon, dihidroergotamin gibi ilaçlar kullanılabilir.

Kaynaklar

1. Beattie D, Xu C, Vito R, Glagov S, Whang MC. Mechanical analysis of heterogeneous, atherosclerotic human aorta. J Biomech Eng. 1998;120:602–607.
2. Benetos A, Laurent S, Hoeks AP, Boutouyrie PH, Safar ME. Arterial alterations with aging and high blood pressure. A noninvasive study of carotid and femoral arteries. Arterioscler Thromb. 1993;13:90 –97.
3. Johnson CP, Baugh R, Wilson CA, Burns J. Age related

changes in the tunica media of the vertebral artery: implications for the assessment of vessels injured by trauma. J Clin Pathol. 2001;54:139 –145.

4. Lee A, Cerami A. Role of glycation in aging. Ann N Y Acad Sci. 1992;663:63–70.
5. Xu C, Zarins CK, Pannaraj PS, Bassiouny HS, Glagov S. Hypercholesterolemia superimposed by experimental hypertension induces differential distribution of collagen and elastin. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2000;20:2566 –2572.
6. O'Leary DH, Polak JF, Kronmal RA, Manolio TA, Burke GL, Wolfson SK, Jr. Carotid-artery intima and media thickness as a risk factor for myocardial infarction and stroke in older adults. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. N Engl J Med. 1999;340:14 –22.
7. Virmani R, Avolio AP, Mergner WJ, Robinowitz M, Herderick EE, Cornhill JF, Guo SY, Liu TH, Ou DY, O'Rourke M. Effect of aging on aortic morphology in populations with high and low prevalence of hypertension and atherosclerosis. Comparison between occidental and Chinese communities. Am J Pathol. 1991;139:1119 –1129.
8. Dzau VJ. Significance of the vascular renin-angiotensin pathway. Hypertension. 1986;8:553–559.
9. Gibbons GH, Pratt RE, Dzau VJ. Vascular smooth muscle cell hypertrophy vs. hyperplasia. Autocrine transforming growth factor-beta 1 expression determines growth response to angiotensin II. J Clin Invest. 1992;90:456–461.
10. Lacolley P, Labat C, Pujol A, Delcayre C, Benetos A, Safar M. Increased carotid wall elastic modulus and fibronectin in aldosterone-salt-treated rats: effects of eplerenone. Circulation. 2002;106:2848–2853.
11. Park JB, Schiffrin EL. ET(A) receptor antagonist prevents blood pressure elevation and vascular remodeling in aldosterone-infused rats. Hypertension. 2001;37:1444 –1449.
12. Zieman SJ, Melenovsky V, Kass DA. Mechanisms, pathophysiology, and treatment of arterial stiffness. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2005;25:932-943.
13. Dart A, Kingwell B. Pulse pressure–a review of mechanisms and clinical relevance. J Am Coll Cardiol. 2001;37:975–984.
14. Sesso H, Stampfer M, Rosner B, Hennekens C, Gaziano J, Manson J, Glynn R. Systolic and diastolic blood pressure, pulse pressure, and mean arterial pressure as predictors of cardiovascular disease risk in men. Hypertension. 2000;36:801– 807.
15. Mitchell GF, Pfeffer MA, Braunwald E, Rouleau J-L, Bernstein V, Geltman EM, and Flaker GC. Sphygmomanometrically determined pulse pressure is a powerful independent predictor of recurrent events after myocardial infarction in patients with impaired left ventricular function. Circulation. 1997;96:4254–4260. 97.
16. Vaccarino V, Berger A, Abramson J, Black H, Setaro J, Davey J, Krumholz H. Pulse pressure and risk of cardiovascular events in the systolic hypertension in the elderly program. Am J Cardiol. 2001;88:980–986.
17. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). SHEP Cooperative Research Group. JAMA 1991;265:3255-64.
18. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. Lancet 1997;350:757-64.
19. Liu L, Wang JG, Gong L, et al. Comparison of active treatment and placebo in older Chinese patients with isolated systolic hypertension. Systolic Hypertension in China (Syst-China) Collaborative Group. J Hypertens 1998;16:1823-9.
20. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. for the HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med. 2008;359:971–974.
21. Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, et al. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. N Engl J Med 2008;359:2417-28.
22. Monahan KD. Effect of aging on baroreflex function in humans. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol 2007;293:R3–12.

Diüretikler, Digoksin, Nitratlar Hangi Hastada Ne Zaman?

Dr. Murat Varlı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri BD. Cebeci, Ankara

Geriatrik yaş grubunda yaşa bağlı bazı fizyolojik değişiklikler nedeniyle pek çok ilacın emilimi, biyoyararlılığı, ilaç dağılımı, yarı ömrü, metabolizması ve ilacın atılımı değişmektedir. Bu nedenle pek çok ilaç gibi diüretikler, nitratlar ve digoksin gibi kardiyovasküler alanda sıklıkla kullandığımız ilaçların kullanım özellikleri ve dikkat edilmesi gereken durumlar bilinmelidir.

Yaşlılıkta yağsız vücut kitlesi(lean body mass) ve toplam vücut suyunda azalma olması nedeniyle digoksin, ACE inhibitörü gibi hidrofilik ilaçların dağılım hacmi azalırken, plazma konsantrasyonları artarken, artmış yağ kitlesi nedeniyle lipofilik ilaçların dağılım hacmi artar, plazma konsantrasyonları düşer. (β blokerler vb.) Dağılım hacmi gibi, ilaçların metabolize edilip atıldığı yerler olan karaciğer ve böbreklerde de yaşlanma ile birlikte bazı değişiklikler oluşur. Bunun sonucu olarak pek çok ilacın yarı ömrü ($t_{1/2}$ si) ve klirensi azalır. Kardiovasküler alanda kullanılan pek çok ilaç karaciğerde metabolize olduktan sonra renal yolla atılır.

Özellikle kreatinin klirensinin 60 ml/dk'dan az olması durumunda, ilaçların toksik etkileri ve birikmesi daha kolay görülür. Diüretikler ve digoksinin primer eleminasyon yolu böbreklerdir, nitratlar karaciğerde metabolize ve elemine olur. Bu yüzden bu ilaçların kullanımı durumunda yaşlılar dikkatli şekilde ve bireysel farklılıklar göz önüne alınarak monitorize edilmelidir.

Diüretikler

Yaşlı grupta yapılan çalışmalar hipertansiyonda (HT) (özellikle izole sistolik HT) diüretiklerin ilk tercih edilebilecek ilaçlar olduğunu göstermektedir. Hipertansiyonda diüretikler tek başına veya kombinasyon tedavileri şeklinde kullanılabilmektedir. Bunun dışında özellikle yaşlılarda sık görülen kalp yetmezliği(KY) durumlarında (düşük veya normal EF'li) β bloker, ACE inhibitörleri gibi diüretiklerde öncelikle tercih edilmelidir. Dekompanse KY durumlarında furosemid gibi loop diüretikleri ilk tercih edilen ilaç grubudur. Diüretikler natriüretik etkiyle fazla volumü atarlar, venöz dönüş ve kardiyak dolum basınçlarını düşürerek konjestif semptomları ve ödemi azaltırlar. Hem loop, tiazid benzeri ve potasyum tutucu diüretikler miks eleminasyon paterni (renal/hepatik) gösterirler. Sık kullanılan diüretiklerden furosemid ve hidroklorotiazid (HCTZ) renal, indapamid hepatik, spironolakton hepatik, bilier ve renal, eplerenon ise hepatik eleminasyona uğrar. Yaşlanmaya bağlı olarak renal klirensin azalması sonucu konvansiyonel dozlarda bazı diüretiklere yanıt azalabilir. Diüretiklere renal kaynaklı direnç durumu onların dikkatli bir şekilde titre edilerek dozlarının artırılması ile aşılabilir. Yaşlılarda orta ve ileri KY durumlarında loop diüretikleri kullanılmalıdır.

KY durumlarında ilacın absorbsiyonunun değişkenlik göstermesi nedeniyle özellikle furosemid gibi loop diüretiklere yanıt azalabilir. Bu durumda furosemid dozu titre edilebileceği gibi torsemid gibi başka bir loop diüretiği kullanılabilir. HCTZ gibi tiazid benzeri diüretikler hafif KY durumlarında kullanılabilir. Ancak kreatinin klirensinin 30 ml/dk altında olduğu durumlarda konvansiyonel dozları etkisiz kalır. Ciddi KY ve beraberinde renal yetmezlik varsa loop diüretiği ile birlikte tiazid benzeri diüretikler kombine kullanılabilir.

Class 3-4 semptomatik kalp yetmezliği olan EF<%35 olan tüm hastalara kontrendike bir durum yoksa mutlaka düşük dozda aldosteron antagonisti başlanmalıdır. Aldosteron antagonistlerinin tedaviye eklenmesi hem hastane yatışlarını azaltmakta hemde sağkalımı artırmaktadır. Sıklıkla spironolakton veya eplerenon 25-50 mg/gün dozlar önerilmektedir. Yaşlılarda 25 mg/gün düşük dozlar tercih edilmelidir. Hasta birlikte ACEİ veya ARB kullanıyorsa hiperpotasemi açısından yakın takip edilmelidir. Ayrıca yaşlılıkta renal fonksiyonlarında azaldığı düşünülerek tedavi öncesi ve sonrası gerek kreatinin, gerekse potasyum düzeyleri yakın takip edilmelidir. (Tedavi başlandıktan sonra 1 hafta içinde mutlaka bakılmalıdır.) Tedavi verilirken potasyum düzeyi 5.5 seviyelerinde ise doz azaltılmalı veya gün aşırı doza geçilmelidir. Potasyum düzeyleri >6 ise ilaç kesilmelidir. Kreatinin 2.5 mg/dl seviyelerine kadar dikkatle ve düşük dozda kulanılabilir. Ancak yakın monitorizasyon şarttır. Aldosteron antago-

nistlerinin özellikle spironolaktonun diğer bir istenmeyen etkisi de erkeklerde meme hipertrofisi ve ağrısına yol açmasıdır. Bu durumlarda tedavi kesilerek eplerenona geçilebilir.

Yaşlılıkta sık kullanılan NSAİ ilaçlar diüretiklerin antihipertansif ve natriüretik etkilerini azaltırlar. Yaşlılara diüretik verildiğinde özellikle sodyum, potasyum gibi elektrolitler yakın takip edilmelidir. Hipopotasemi ve hipomagnesemi ventriküler aritmileri tetikleyebileceği gibi digoksin kullananlarda digital toksisite gelişimini kolaylaştırabilir. Yine hiponatremi özellikle taizid benzeri diüretik kullanan yaşlılarda sık görülebilecek problemlerdendir. Yaşlılar fazla dozda diüretik kullanımına bağlı gelişebilecek volüm kaybı nedeniyle hipotansiyon, prerenal azotemi, dehidratasyona duyarlıdırlar.

Digoksin

Kardiyak glikozid olarak bilinen digoksin dar terapötik aralığı nedeniyle yaşlıda dikkatli kullanılması gereken ilaç grubudur. Azalmış renal fonksiyon ve yağsız vücut kitlesi nedeniyle digoksinin serum seviyeleri yaşlılarda artabilir. Geriatrik yaş grubunda kreatinin seviyeleri normal olsa bile kreatinin klirensinin düşük olabileceği akılda tutulmalıdır. Yine yaşlılıkta artan ilaç kullanımı (polifarmasi) nedeniyle digoksinin metabolizması ve atılımını etkileyebilecek pek çok ilaç olabilir. Verapamil, diltiazem, amiodarone, spironolakton, triamteren, propafenon serum digoksin seviyelerini artırabilir. Ayrıca serum seviyeleri normal olsa bile hipopotasemi, hipomagnesemi, hiperkalsemi, hipoksi, asidoz, akut ve kronik akciğer hastalıkları, hipotiroidi, miyokardial iskemi, digoksin toksisitesine yol açabilir. Benzer şekilde normal digoksin seviyelerinde yaşlılarda görme ile ilişkili bozukluklar, depresyon, deliryum, konfüzyon gibi tablolar görülebilir.

Yaşlılarda digoksin genellikle yüksek ventrikül hızlı atrial fibrilasyonda hızın azaltılması için kullanılır. Bunun dışında düşük sol ventrikül EF'si (<%40) olan konjestif KY'li yaşlılarda, sinüs ritmi olsa bile diüretik, β bloker ve ACEİ kullanılmasına rağmen semptomatik olanlara verilebilir. Ancak EF'si normal (Diyastolik KY gibi) ve sinüs ritmi olanlara digoksin verilmemelidir. Digoksin intraselüler kalsiyum konsantrasyonunu artırarak miyokard kontraktilitesini artırır. EF normal ise artmış kontraksiyonlar sol ventrikül stiffness ve dolma basınçlarını artırarak diyastolik fonksiyonları olumsuz etkileyebilir.

Digitalis İnvestigator Group(DIG) çalışmasında özellikle kadınlarda digoksinin mortaliteyi artırdığı görülmüştür. Digoksin seviyeleri artıkça mortalite artışı belirginleşmektedir. Yine bazı çalışmalarda akut MI sonrası sol ventrikül disfonksiyonu olanlarda digoksin kullanımı sonrası sağkalımın azaldığı görülmüştür. Digoksinin sağkalıma olumsuz etkileri olmakla birlikte, kalp yetmezliği semptomlarını ve hastaneye yatışları azalttığı gösterilmiştir. Digoksin güvenli serum seviyelerinde (0.5-0.8 ng/ml) ve düşük dozlarda, düşük EF'li (sistolik) KY olan yaşlılarda kullanılabilecek alternatif bir ilaç olarak düşünülebilir.

Digoksin tedavisine başlamadan önce renal fonksiyon değerlendirmesi yapılmalıdır. Problem yok ise düşük dozda 0,125 mg veya 0.0625 mg/gün olarak başlanmalı, klinik olarak stabilizasyon devam ettikçe 3 ila 6 ayda bir serum düzeyine bakılmalıdır. Digoksin toksisitesi genellikle serum düzeyi 2 ng/ ml'in üzerinde olduğu zaman görülür ve halsizlik, iştahsızlık, aritmi, bulantı, kusma ve görme ile ilgili bozukluklar şeklinde kendini gösterir. Ancak yaşlılarda serum digoksin düzeylerinin 1.2 ng/ml üzerine çıkmasına izin verilmeyecek şekilde doz ayarlamaları yapılmalıdır.

Nitratlar

Nitratlarda yaşlılarda uygun endikasyonlarda efektif olan, ancak dikkatli kullanılması gereken ilaç gruplarındandır. Nitratlar koroner ve sistemik vazodilatasyon yoluyla miyokardiyal oksijen gereksinimini azaltarak anti-iskemik etki gösterirler. Stabil angina pektorisi olanlarda akut angina ataklarının tedavisinde ve yeni atakların önlenmesinde etkili olurlar. Bu şekilde egzersiz toleransını artırırlar. Ancak yaşlıda angina ataklarının atipik şekilde efor dispnesi şeklinde ortaya çıkabileceği bilinmelidir. Eforla gelen stabil angina da kronik nitrat tedavisi ile angina atakları azaltılıp, egzersiz toleransı artırılabilir. Özellikle nitratların β bloker veya kalsiyum kanal blokerleri ile birlikte kullanılması sinerjistik anti-anginal ve anti-iskemik etki sağlar.

Nitratların etkinliği ve kullanım endikasyonları genç hastalarla benzerlik gösterir. Ancak istenmeyen reaksiyonlar yönünden dikkatli olunmalıdır. Nitratların hipotansif etkileri yaşlılarda belirgin olabilir. Özellikle β bloker, kalsiyum kanal blokerleri, diüretikler, vazodilatör etkili ilaçlar ve alkolle birlikte kullanımlarında ortostatik hipotansiyon, senkop ve düşmeye yol açabilirler. Düşük dozlarla başlamak ve tedrici doz artırımı istenmeyen reaksiyonların gelişimini azaltabilir.

Nitratlar kronik angina gibi akut koroner sendromda mortaliteye etkisi olmasa da ilk 24-48 saatte kullanılmaktadır. İskemi semptomlarını azalttığı gibi kalp yetmezliği olanlarda pulmoner konjesyonu azaltmada ve hipertansif hastalarda kan basıncını düşürmede etkilidir. Ancak uzun süreli infüzyonlarda tolerans geliştiği için tedaviye ara verilmeli veya aralıklı kullanıma geçilmelidir.

Bazı durumlarda nitrat kullanımı sakıncalıdır. Bunlar; Sistolik kan basıncının 90 mmHg'den düşük olması, veya bazal değerin 30 mmHg altına düşmesi, belirgin bradikardi(<50) veya taşikardi olması(>100), sağ ventrikül infarktüsü, 24-48 saat içinde erektil disfonksiyonda kullanılan fosfodiesteraz inhibitörü (Sildenafil vb.) kullanımı, hipertrofik kardiomyopati, ciddi aort stenozu durumlarında nitratlar kullanılmamalıdır. Başağrısı sık görülen istenmeyen etkilerden olup, yaşlı grupta gençlere oranla daha az görülmektedir.

Kaynaklar

1. Aronow WS, Frishman WH, Cheng-Lai A. Cardiovascular Drug Therapy in the Elderly. Cardiology in Review 2007;15: 195-215.
2. Dec GW. Digoxin remains useful in the management of chronic heart failure. Med Clin North Am 2003; 87: 317–337.
3. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal (2008) 29, 2388–2442.
4. Kanam JP, Gersh BJ. Nitrates in the management of stable angina pectoris. UpToDate, March 2012.
5. Reeder GS. Nitrates in the management of acute coronary syndrome. UpToDate, Feb 2012.
6. Rose BD, Colucci WS. Use of diuretics in patients with heart failure. UpToDate, Jan 2012.
7. Zeglin MA, Pacos J, Bisognano JD. Hypertension in the very elderly: Brief review of management. Cardiol J 2009;16, 4: 379-385.

5. Akademik Geriatri 2012

2. Yaşlı Ruh Sağlığı Çalışma Grubu Geriatrik Nöropsikiyatride Tanı ve Tedavi Kursu 2012 Konuşma Metinleri

Yaşlı Hastada Yatak Başı Zihinsel – Kognitif Değerlendirme Nasıl Yapılır?

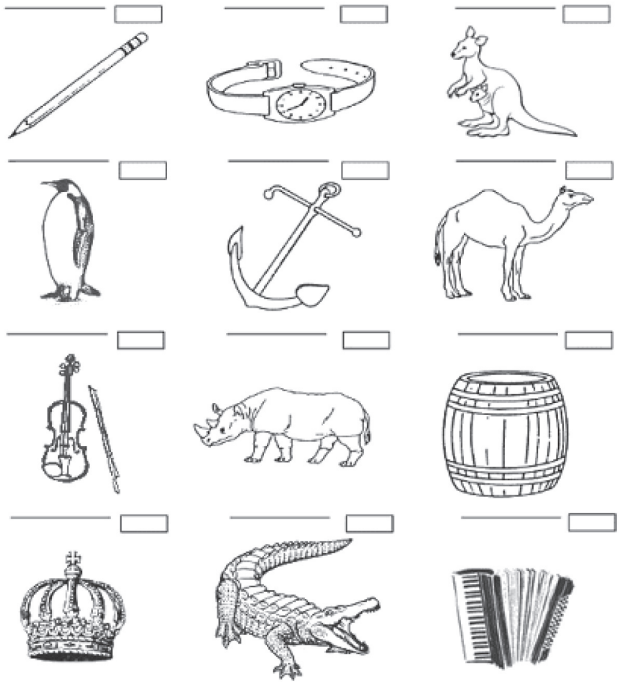
Uzm. Dr. Başar Bilgiç
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozuklukları Birimi

Mental muayene özellikle yaşlılarda genel muayenenin değişmez bir parçasıdır. Diğer muayenelerden hem yapılış hem de değerlendirme açısından bazı değişiklikler gösterir. Öncelikle hastanın mental durumunun değerlendirilmesi için uyaranlardan arındırılmış bir ortam gerekir. Bunun için hasta ile sessiz ve iyi aydınlatılmış bir odada başbaşa kalınmalıdır. Yaşlı hastalarda periferik organ patolojileri sık olduğundan eğer kullanıyorsa hastanın gözlük ve işitme cihazları yanında olmalıdır. Hastanın uyanıklık durumu ve motivasyonu da mental muayene performansını etkiyeleceğinden aytıntılı olarak not edilmelidir. Örneğin uykuya meyilli bir semi-koma hastasında mental muayene yapmak sağlıklı bir yaklaşım olmayacaktır. Yine motivasyon sorunu yaşayan veya negativist tutumlu yaşlılarda da mental muayene sonuçları bu ilgi alaka kaybı dikkate alarak yorumlanmalıdır. Hastaların ilgi ve motivasyonları ile uyanıklık durumu not edildikten genel bir değerlendirme yapılması için tarama testlerine geçilir. Bu amaçla tüm dünya ve ülkemizde de en sık olarak kullanılan araç Mini Mental Durum Değerlendirme Testi'dir (MMSE). Bu test 30 puan üzerinden değerlendirilir ve skorun düşük olması kognitif kaybı gösterir. Test eğitimden etkilendiğinden dolayı 5 yıldan fazla eğitimli kişilere eğitimli form, diğer kişiliere ise eğitimsiz form uygulanmalıdır. MMSE gibi başka tarama testleri de mevcuttur ve uygulanabilir. Bunlar arasında 3MS, Blessed Oryantasyon Konsantrasyon Testi (BOMC) testi sayılabilir. Tarama testlerine göre kognitif alanları daha detaylı değerlendiren Addenbrook Kognitif Değerlendirme testi (ACE-r) kliniğimizde yatak başı değerlendirme aracı olarak son dönemde daha sık kullanılmaya başlamıştır.

Tarama testlerinden sonraki aşama kognitif alanların birebir değerlendirilmesidir. Bunun için ilk olarak hastanın güncel bilgileri sorgulanır. Bu bilgiler sorgulanırken hastanın nelere ilgi gösterdiği aile yakınları veya bakıcından öğrenilmelidir. Örneğin haberleri kaçırmayan ve gazete okuyan kişilere güncel haberler detayları ile sorulabilir. Buna karşın magazin dışında medyayı takip etmeyen kişilere haberleri sormak yerine magazin gelişmeleri sorulabilir. Entellektüel düzey ne kadar yüksekse sorulan soruların da daha detaylı ve derine inmesi var olan patolojiyi çıkarmak için daha yararlıdır. Kırsal yaşamda medya takip etmeksizin yaşayan kişilere en basitinden köy muhtarı kimdir? Bu sene hangi ekinleri ektiniz? gibi sorular sorulabilir. Genel olarak başbakan, cumhurbaşkanı... vs gibi çoğu insanın iyi bildiği kişilerin adları da sormak yararlı bir yöntemdir. Daha sonra oryantasyon muayenesi yapılır. Daha önceden MMSE yapılmış ise zaten yönelim bilgileri kişi yönelimi dışında elimizde bulunmaktadır.

İkinci değerlendirilecek alan dikkat matriksidir. Bunun için sayı menzili testi iyi bir değerlendirme aracıdır. Sayı menzilinin ileri sayımları basit dikkati gösterirken geri sayımlar kompleks dikkati göstermektedir. Ayrıca yılın aylarının geriye sayımları ve 100'den geriye doğru 7'şer çıkarma gibi geriye sayımlar da dikkat ölçen testlerdir. Eğitimsiz hastalara haftanın günleri geriye doğru saydırılabilir.

Bir sonraki aşama dil alanının değerlendirilmesidir. Bunun için hastanın spontan konuşmasına dikkat edilir, varsa keli-

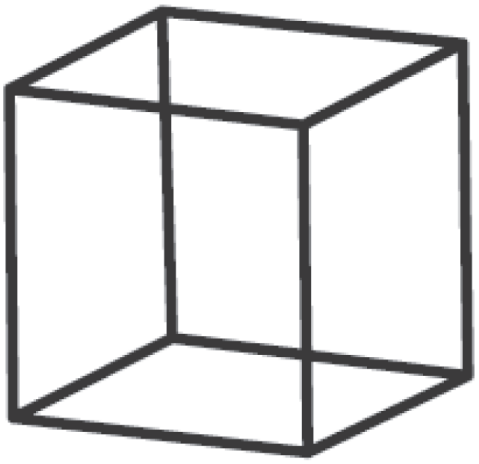


Şekil 1. ACE-r adlandırma itemleri

me bulma güçlükleri, yanlış kullanımlar (parafaziler), gramer yanlışları, tutuk ve kesik konuşma not edilir. Daha sonradan hastanın adlandırmasına bakmak için Boston Adlandırma Testi gibi daha formel testler kullanılabilir ya da hastaya saat, yüzük, gömlek, yaka, düğme, ilik... vs gibi çevrede olan objeler gösterilebilir. Aşağıda ACE-r tarama testinin 12 itemlik adlandırma şekilleri görülmektedir. Dil muayenesi yaparken hastanın anlamlı cümleler yazması istenerek yazmasına, cümleler okutularak da okumasına bakılması gerekir.

En fazla patolojinin saptandığı kognitif alan bellek alanıdır. Sözel belleği değerlendirmek için bir çok yöntem mevcuttur ama yatak başında daha rahat kullanımı olmasından dolayı "drilled word span" testi daha kullanışlı gibi durmaktadır (şekil 2). Bu test belli sayıda kelimenin tekrarlanarak ezberlenmesi ve 5 dakika sonra hatırda kalıp kalmaması üzerine kurulmuş bir sözel bellek testidir. Testin sonucuna göre kayıt kusuru ile veya tanıma zorluğu ile giden bir sözel bellek kusuruna ait intiba edinilebilir. Eğer bir bellek sorunu olduğu düşünülüyorsa daha ayrıntılı testler yapılabilir veya nöropsikolojik değerlendirmede mevcut bulgular belirtilerek ayrıntılı muayene talep edilebilir. Yakın bellek dışında uzak bellek de değerlendirilmesi gereken bellek komponentleridir. Bu amaca yönelik olarak kişisel bellek ile ilgili olarak yaşlının evlilik tarihi ve yeri, ilk çocuğunun doğumu, askerlik yılı, en son bitirdiği okul... gibi kişisel sorular sorulabilir. Ayrıca toplumsal bellek ile de ilgili olarak askeri ihtilaller, büyük depremler gibi yer etmiş konular sorulabilir.

Kognitif alanlardan değerlendirilmesi gereken bir alan da yürütücü işlevlerdir. Bu işlevler atasözlerinin yorumlanmasının istendiği soyutlama becerisi, nesneler arasında benzerlik kurması istenen benzerlik soruları ve muhakeme soruları ile değerlendirilir. İnhibisyon kusurunu çıkarması bakımından Luria'nın alternan sekanları iyi ve basit bir testtir. Ayrıca saat çiziminde kişinin rakamları planlayarak koyması da bir planlama becerisi olarak değerlendirilebilir ama saat çizme testinin yürütücü işlev dışında vizyospasyal ve dil becerisi de gerektirdiği unutulmamalıdır. Kelime akıcılığına bakmak da yürütücü işlevlerden vijilansı değerlendirmek için yararlı bir testtir ama bu testin de yürütücü işlev dışında dil becerisi gerektiren bir test olduğu da akılda tutulmalıdır. Vizyospasyal becerileri değerlendirmek için yatak başında en basit olarak yapılacak test 3 boyutlu şekil çizimleridir. Bunun için 3 boyutlu bir küp çizimi (bkz: şekil 3) oldukça iyi bir örnekken eğitimi az olan veya hiç kalem tutmayan kişiler için yapılması imkansız olabilir. Bu nedenle eğitimsiz hastalara bazı el hareketlerini taklit etmesi
söylenebilir.



Şekil 3. Üç boyutlu küp kopyası.

Yapılan testler bittikten sonra hepsi bir araya getirilerek bir kognitif profil çıkarılır. Bu amaçla en bozuk kognitif alanlar sıralanır. Bazı durumlarda bir kognitif alandaki bozukluk diğerini etkileyebilir. Örneğin dikkati çok bozuk bir kişinin tüm kognitif alanları bozuk olabilir. Bu durum da değerlendirmeye katılmalıdır. Primer bellek bozukluğunun ana çekirdek sorun olduğu bozuk bir kognitif profilde en olası tanı Alzheimer hastalığı'dır. Buna karşın yürütücü işlevlerin çekirdek semptom olduğu bir profilde Alzheimer hastalığı'ndan öte depresyon, vasküler demans, Frontotemporal demans gibi diğer durumlar düşünülmelidir. Bir diğer önemli nokta da yatak başı testlerin göreceli olarak kaba testler olduğudur ve şüphe durumunda daha ayrıntılı değerlendirme yapılmalı veya nöropsikolojik değerlendirme istenmelidir.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1'ND	1'D	5	
Damla														Göl/damla/damar
Öfke														Sevinç/neşe/öfke
Masa														Koltuk/masa/masal
Deniz														Dağ/bulut/deniz
Armut														Kayısı/armut/ayva
Burun														Burun/kulak/parmak

Şekil 2. Drilled word span testi.

Yaşlı Hastada Yatak Başında Psikiyatrik Değerlendirme Nasıl Yapılır?

Dr. Özlem Erden Aki
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Yaşlı nüfusu son yıllarda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaktadır. Tıbbın ilerlemesiyle hayatı tehdit eden hastalıkların tedavilerinde önemli ilerlemeler kaydedilmiş, koruyucu hekimlik uygulamalarının da katkısıyla insan ömrü uzamıştır. Ancak ömrün uzamasıyla birlikte ileri yaşa özgü sorunlar ve ihtiyaçlar ortaya çıkmış, yaşlı nüfusunun artışıyla da bu alandaki hizmet ihtiyacı ve yetişmiş-eğitimli eleman ihtiyacı artmıştır.

Yaşlılık dönemi pek çok fiziksel ve ruhsal değişimi beraberinde getirmektedir. Yaşlı bireylerde organ sistemlerinin işlevselliğinde değişiklikler olmakta, fiziksel hastalık oranları artmakta, strese yanıt farklılaşmakta, hastalıkların teşhis ve tedavisinde de farklılıklar gündeme gelmektedir. Fiziksel değişimlerin yanısıra önemli ruhsal değişimler de yaşanmaktadır. Bireyin yaşla birlikte yaşadığı kayıplar (sağlık, ekonomik ve sosyal alanlarda), bireyin geçmiş deneyimleri ve başa çıkma mekanizmaları, aile ve sosyal destek sistemleri, ekonomik durumu gibi faktörler yaşlılık dönemindeki ruhsal tepkileri belirlemede önemli rol oynarlar.

Psikiyatrik bozukluklar her yaşta sık görülen, önemli ölçüde yeti yitimine ve işlev kayıplarına neden olabilen hastalıklardır. Yaşlılık döneminde de psikiyatrik hastalıklara sıklıkla rastlanır, ancak genç erişkinlerle pek çok benzerlik olsa da psikiyatrik hastalıkların dağılımı, görünümü ve gidişi gençlerdekinden farklıdır. Yaşlı bireylerde sıklıkla eşlik eden tıbbi hastalıkların varlığı, yaşla birlikte görülen bilişsel işlevlerdeki değişiklikler, yaşlıların hekimlere ve özellikle psikiyatriye karşı tutumları gibi faktörler bu grupta psikiyatrik hastalıkların tanınmasını, ayırıcı tanısını ve kimi durumlarda da tedavisini güçleştirir. Bu durumların tanınması, önlenmesi ve tedavisinde uygun adımları atabilmek için psikiyatrik hastalıkların yaşlılık dönemindeki sıklıklarını, döneme özgü görünümlerini bilmek gereklidir.

Psikiyatrik görüşme

Genel psikiyatride başvuranların çoğunluğu şimdiki hastalıkları ve geçmiş öyküleri hakkında yeterli ve uygun bilgi verebilirler. Yaşlı bireylerle çalışırken sadece hastanın öyküsüyle yetinmek ise hatalı bir tutum olacaktır. Kendi isteğiyle değil ailenin ve yakınlarının önerisi üzerine başvuran yaşlı bireyler sıklıkla belirtilerini saklama eğiliminde olurlar. Yaşla birlikte görülme sıklığı artan bilişsel bozukluklar da kişinin pek çok detayı hatırlayıp doktoruna iletmesine engel olur. Kendi isteğiyle gelen ve bilişsel açıdan sağlam olan yaşlılar da bazen doktorlarından çekindikleri için, veya doktorun zamanını almamak/ 'doktoru yormamak' için sıkıntılarını aktarmamayı seçebilirler. Yakınmalarını sadece fiziksel belirtilere odaklanarak anlatabilirler, düşünce içeriğini çok net ifade edemeyebilirler, bu durumda da psikiyatrik hastalıkların çekirdek belirtileri doktorun dikkatinden kaçabilir. Bu nedenlerle yaşlı hastayı değerlendirirken mutlaka yakınlarından da bilgi almak gerekir. Hastadan izin alınarak yakınlarının ayrıca görülmesi hastayı incitmemek için ifade edilmeyen pek çok belirtinin iletilmesini sağlar.

Yaşlı hastalarda psikiyatrik muayene esnek ancak sistematik olmalıdır ve sadece psikiyatrik hastalık öyküsü ve psikiyatrik ilaçların kullanımı ile sınırlı olmamalıdır. Yaşlı hastada sırayla değerlendirilmesi gereken başlıklar şöyledir:

Şimdiki hastalığın öyküsü

Psikiyatriye başvurma nedeni ayrıntılı olarak öğrenilmelidir. Belirtilerin başlangıç zamanı, ani-yavaş başlangıç, dalgalanma gösterip göstermediği, eşlik eden belirtiler sorgulanmalı, öntanı ile ilgili olabilecek diğer belirtilerin varlığı da taranmalıdır. Bu belirtilerin ilk kez ortaya çıkması veya erişkinlik yıllarından beri tekrarlıyor olması farklı tanılar düşündürür.

Geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü

Genç erişkinlik yıllarında geçirilmiş psikiyatrik hastalıklar, varsa doktorun önerisiyle veya kendi kararı/ akran tavsiyesi ile kullandığı ilaçlar öğrenilmelidir. Uzun yıllardır kullanılan bazı tedaviler kanıksanmış olduğu için iletilmeyebilir, örneğin benzodiazepin türü ilaçlar zaman zaman 30-40 yıl kullanılır ve sormadıkça söyleme ihtiyacı duyulmaz, hastaya/ yakınına hiç yatıştırıcı-sakinleştirici ilaç kullanıp kullanmadığı sorulduğunda öğrenilebilir.

Şimdiki tıbbi hastalıklar
Hastanın halen aktif olan tüm hastalıklarını bilmek gerekir, ayırıcı tanıda önemlidir. Kardiyovasküler, endokrin hastalıklar özellikle diabet ve tiroid hastalıkları, otoimmün rahatsızlıklar, inkontinans mutlaka sorulmalıdır.

Geçmiş tıbbi hastalık öyküsü
Geçirilen hastalık ve ameliyatlar öğrenilmelidir. Kalp hastalığı olmadığını söyleyen pek çok hasta ameliyat öyküsü sorulduğunda koroner anjiyografi olduklarını söyler ve işlem yapıldığı bilgisini verirler. Hastalık algısı kültüre, sosyoekonomik düzeye göre değiştiği için genel hastalık adlarıyla yetinilmemesi, özellikle o andaki ayırıcı tanı için önemli olan hastalıkların tek tek sorulması önerilir.

İlaç kullanımı öyküsü
Hastanın kullandığı tüm ilaçların sorulması gereklidir. Yaşlı bireylerde çoklu ilaç kullanımı istisna değil kuraldır, ilaç-ilaç etkileşimleri önemli bir sorun oluşturur. İlaç uyumu sorgulanmalı, ilaç değişikliği yapılırken hangi ilaçların kesilmesi gerektiği, hangilerine devam edileceği ayrıntılı olarak anlatılmalıdır. Kullanılan pek çok ilacın psikiyatrik belirtiler ortaya çıkarabileceği unutulmamalıdır. Yine tüm yaşlı hastalarda bitkisel ilaçların ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı mutlaka sorgulanmalıdır. Pek çok yaşlı birey bitkisel ilaç kullanır ve genellikle bu kullanımı bildirmezler.

Psikiyatrik görüşme için ipuçları
Yaşlı bir hastaya tipik bir gününü sormak kısa sürede pek çok konuda, bilişsel yetileri, duygudurumu ve işlevselliği hakkında bilgi sahibi olmayı sağlar. Kişisel bilgiler ve aileyle ilgili bilgilerin sorgulanması da yine kısa sürede bilgi edinmeyi ve tanıyı kolaylaştırdığı gibi, hastayla sıcak bir ilişki kurulmasını da sağlar.

Görme ve işitme duyularının bozulması yaşlı ile iletişim kurulmasını zorlaştırır ve özellikle bilişsel işlevler değerlendirilirken yanıltıcı olabilir. Görüşmenin başında bu konularda bilgi sahibi olunmalı, hastanın gözlüğünü-işitme cihazını kullanması sağlanmalı, dudak okumaya imkan vermek için hastayla yüz yüze görüşülmelidir.

Yaşlı Bireylerde Psikiyatrik Hastalıklar
Duygudurum bozuklukları
Depresyon tüm yaş gruplarında rastlanan, tedavisiz kaldığında işlev kayıplarına ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olan bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Yaşlı bireylerde majör depresyon görülme sıklığı erişkinlere göre daha düşüktür, ancak erişkindekinin aksine eşik altı depresyon ve minör depresyon tablolarına yüksek oranda rastlanır.

Yaşlıda depresyon atipik bir görünüm sergileyebilir. Yaşlılık depresyonlarında bedensel yakınmalar, anksiyete, ajitasyon ve psikotik belirtilere daha sık rastlanır. Yine yaşlılarda depresyonun yaştan bağımsız ve tanı koymada güvenilir kriterleri olan bilişsel belirtilere, yani değersizlik düşünceleri, suçluluk düşünceleri, ilgi kaybı, keder gibi belirtilere daha az rastlanır, ayrıca yaşlı bireyler bu belirtileri dile getirmekten çekinirler. Ancak depresyonun somatik belirtileri yaşlıda daha sık ortaya çıkar ve dile getirilir. Bu belirtiler iştah kaybı, uyku bozukluğu, dikkat dağınıklığı, yorgunluk, enerji azlığı, bellek yakınmaları gibi belirtilerdir. Bu belirtiler depresyona özgü değildir, pek çok bedensel hastalığın parçası olabildiği gibi yaşlılığa özgü değişimleri de yansıtıyor olabilirler. Bu nedenle yaşlı bireyde depresyon tanısının konulması hekimi zorlayan bir görevdir. Somatik yakınmalarla başvuran yaşlılarda depresyonun bilişsel belirtileri sorgulanmalı, hastayı iyi tanıyan bir yakınından da bilgi alınmalıdır.

Yaşlılık depresyonlarında sıklıkla bellek yakınmaları da ortaya çıkar. Depresyon dikkat, konsantrasyon ve bellekte bozulmalara neden olabilir, yaşlılarda var olan yaşla ilişkili bilişsel değişikliklerin üzerine depresyonun etkilerinin eklenmesiyle belirgin bilişsel bozulma gözlenebilir ve bu tablo demans sürecini düşündürebilir. Depresyondaki bireyler motive olmakta güçlük yaşar, performansları hakkında kaygılanırlar, bellek kayıpları tutarlı değil parçalıdır, bellek kusurları genelde dikkat dağınıklığına ikincil ortaya çıkar. Oysa demans hastaları genelde bellek bozukluğundan yakınmaz, performanslarından memnun bir görünüm sergilerler, dikkatleri normaldir, yakın bellek kayıpları belirgindir, muayene sırasında motivedirler.

Ancak ayırım her zaman net olmayabilir. Depresyon ve demans aynı anda ortaya çıkabilir: demansın erken evrelerindeki kişi depresyon benzeri bir tabloyla başvurabilir ya da kayıplarının farkında olarak reaktif bir depresyon yaşıyor olabilir. İlk kez ileri yaşta başlayan depresyon tablolarında sıklıkla altta yatan bir demans süreci bulunur ve depresyon tedavi edilse dahi bilişsel bozuklukların geri dönmemesiyle tanı konulur. Bu depresyon tablolarından vasküler olaylarla ilgili olan ve beyinde frontal ve subkortikal alanlarda vasküler hasara bağlı olarak bellek ve yürütücü işlevlerde bozulmanın eşlik ettiği, tedaviye dirençli ve uzun vadede demans gelişimi ile sonlanan özel bir alt gruba 'vasküler depresyon ' adı verilir, ilk kez Alexopoulos ve Krishnan tarafından 1997'de tanımlanmıştır.

İlk kez ileri yaşta ortaya çıkan manik epizodlar öncelikle 'sekonder mani' düşündürür. Dahili hastalıklar, intrakranial pa-

tolojiler manik belirtilere yol açabilir, bu hastalarda ayrıntılı muayene ve tetkiklerle ayırıcı tanı yapılması gerekir. Genç erişkinlikte başlayan bipolar afektif bozukluk ileri yaşlarda epizodların sıklaşması ve şiddetlenmesi ile sürer, özellikle depresyon epizodları ön plana geçer. Manik belirtiler yaşlılarda enerjinin ve hareketliliğin azalması nedeniyle daha hafif seyrediyor gibi görünebilir, ancak yargılama bozukluğu, ve buna bağlı finansal uygunsuz kararlar verme nedeniyle ciddi maddi ve manevi kayıplara yol açabilir.

Psikotik bozukluklar

Yaşlılık döneminde psikotik belirtilere genç erişkinlikten daha sık rastlanır. İlk kez ileri yaşta ortaya çıkan psikotik belirtiler çoğunlukla bir başka bedensel veya psikiyatrik hastalık zemininde ortaya çıkarlar. Ani gelişen, bilinç bulanıklığının eşlik ettiği, gün içinde dalgalanma gösteren ve sistematik olmayan sanrıların veya basit görme varsanılarının olduğu durumlar genellikle deliryumu düşündürür. Uzun sürede ve sinsi şekilde ortaya çıkan, daha sistematik sanrılar, kişi yalnızken belirgin olan varsanılar ve eşlik eden bellek bozukluklarının olduğu durumlarda ise demans akla gelmelidir.

Afektif psikozlar ileri yaşta sık görülür. Psikotik depresyon ve psikotik maniye yaşlılarda daha sık rastlanır. Ancak bu tablolarda da öncelikle altta yatan bir organik neden araştırılmalıdır.

İlk kez ileri yaşta başlayan ve başka bir organik nedenle açıklanamayan psikoz tabloları da nadir olmakla birlikte mevcuttur, bu duruma 'çok geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikoz' adı önerilmiştir. Tartışmalı bir tanı önerisidir, bu hastaların bir psikiyatri uzmanı tarafından yakın takibi gerekir.

Anksiyete bozuklukları

Yaşlıda anksiyete bozuklukları sık görülmekle birlikte üzerinde fazla çalışılmamıştır. Genellikle anksiyete yaşlılar tarafından bedensel duyumlar şeklinde tarif edilir, çarpıntı, midede ağrı, boğulma hissi, nefes darlığı, elde-ayakta uyuşma, baş dönmesi gibi yakınmalarla başvurulur. Yaşlılıktaki anksiyete bozuklukları erken yaşta başlayıp devam eden durumlar olabildiği gibi ileri yaşta da gelişebilir. Sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar, öncelikle depresyona eşlik eder.

Deliryum

Deliryum santral sinir sisteminin yaygın metabolik hasarına bağlı olarak ortaya çıkan, temelde dikkatin bozulduğu, dikkate ikincil olarak da tüm bilişsel işlevlerin yaygın olarak bozulduğu, saatler-günler içinde ani gelişen bir sendromdur. Sıklıkla yönelim de bozulur, afektif ve psikotik belirtiler eşlik edebilir. Gün içinde dalgalanma gösterir, akşam saatlerinde bilinç bulanıklığı artış gösterir. Deliryum daima altta yatan bir organik bozukluğa ikincil gelişir, en sık nedenleri arasında dehidratasyon, enfeksiyonlar, ilaçlar , elektrolit bozuklukları ve serebrovasküler olaylar başta gelir.

Deliryum önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Erken tanı konulup altta yatan neden tedavi edildiğinde deliryum da hızla geri döner ve sekel bırakmaz. Ancak demansı olan hastalarda , uzun süren deliryumlardan sonra demans tablosu kötüleşebilir.

Demans

Demans birden fazla bilişsel alanda ilerleyici bozulma ile karakterize, bireyin günlük yaşamını ve işlevselliğini bozan nörodejeneratif bir sendromdur. Farklı demans türlerinin ayırıcı tanısı her birine özgü klinik ve nöropsikolojik bulguların saptanması, görüntüleme yöntemleri ve diğer tanısal testlerin yardımıyla yapılır. Alzheimer tipi demans, vasküler demans ve Lewy cisimcikli demans en sık görülen türlerdir.

Alzheimer tipi demans yakın bellek bozukluğu ile başlar, dil bozukluğu, motor becerilerde bozulma, yargılamada bozulmanın eklenmesiyle ilerler, sıklıkla davranış sorunları ve psikiyatrik belirtiler eşlik eder, nihayetinde bireyin tam bağımlı hale gelmesiyle sonlanır.

Vasküler demans, sntral sinir sisteminin vasküler hasarı sonucunda ortaya çıkar, etkilenen alana bağlı olarak farklı klinik tablolarla başvurur. Genellikle bellek bozukluğu ön planda değildir, yürütücü işlevler, dil ve dikkat etkilenir. Basamaklı şekilde ilerler, vasküler risk faktörlerinin kontrol altına alınmasıyla bilişsel bozulmanın progresyonu engellenebilir.

Lewy cisimcikli demansın tanısında klasik triad önemlidir: canlı görme varsanıları, bilinç düzeyinde dalgalanmalar ve erken dönemde parkinsonizm bulguları. Genellikle hızlı ilerler, erken evrede bellek kaybı ön planda değildir, antipsikotik ilaçlara aşırı duyarlıdır, düşük doz antipsikotik kullanımı dahi ciddi morbidite ve mortalite ile sonlanabilir.

Yaşlı hastada bilişsel değişikliklerin ayırıcı tanısında yaşa bağlı normal bilişsel işlev değişiklikleri, depresyona ikincil bilişsel bozulma ve gerçek bir demans süreci ayırt edilmelidir ancak bu açık seçik olgular dışında oldukça zorlu bir süreçtir. Nöropsikolojik değerlendirme ayırıcı tanıda altın standarttır, yine de ayrım yapılamadığında izlemde karar verilmesi gerekir.

Sonuç

Yaşlılık dönemi psikiyatrik hastalıkların sık görüldüğü, ancak belirtiler erişkinlerden farklı olabildiği ve farklı sendromları ifade edebildiği için tanı ve ayırıcı tanı açısından zorlu bir dönemdir. Özellikle ilk kez ileri yaşta ortaya çıkan psikiyatrik belirtilerde öncelikle altta yatan bir organik hastalık düşünülmeli, ileri yaşta psikiyatrik hastalıkların da sıklıkla bedensel yakınmalarla dikkate gelebileceği unutulmamalıdır.

Tedavi edilmeyen psikiyatrik hastalıklar ileri yaşta önemli işlevsel kayıplara ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olmakta, ek bedensel hastalıkların gelişmesine zemin hazırlamakta ve sağlık harcamalarında artışa sebebiyet vermektedir. Bu hastalıkların ayırıcı tanısı ve tedavisinin yapılması çok önemlidir, yaygın kanının aksine yaşlılıkta psikiyatrik hastalıkların tedavisi genellikle yüz güldürücüdür.

Kaynaklar

1. Jacoby R., Oppenheimer C. (eds.) (2002). Psychiatry in The Elderly (3rd ed.). Oxford: Oxford Medical Publications.
2. Sadavoy, J., Jarvik, L. E., Grossberg, G. E., & Meyers, B. S. (Eds.). (2004). Comprehensive Textbook of Geriatric Psychiatry (3rd ed.). New York: American Association for Geriatric Psychiatry.
3. Spar, E. J., & LaRue, A. (2006). Geriatrik Psikiyatri Klinik El Kitabı. Çeviri ed. Turan Ertan, Yusuf Sivrioğlu.Sigma yayıncılık, 2006.
4. Alexopoulos, G. S.,Meyers, B., Young, R. C., Campbell, S., Silbersweig, D., & Charlson, M. (1997). "Vascular depression" hypothesis. Arch Gen Psychiatry, 54, 915-922.
5. Broadway, J., & Mintzer, J. (2007). The many faces of psychosis in the elderly. Cur Opin Psychiatry, 21, 551-558.
6. Gebretsadik, M., Jayaprabhu S., & Grossberg G. T. (2006). Mood disorders in the elderly. Psych Clin North Am, 90 (5), 789-805.

Yaşlıda Yatak Başında İşlevsellik Nasıl Değerlendirilir?

Doç. Dr. Ergün Bozoğlu
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Geriatri Bilim Dalı

Sanayi devrimi ile birlikte 19. yüzyılın ortalarından itibaren bilim, teknoloji ve sağlık alanındaki gelişmelere paralel olarak beklenen yaşam süresi ve dünya nüfusu belirgin bir şekilde artmaya başlamış ve yirminci yüzyılın başlarında "**Geriatri**" disiplininin ortaya çıkmasına neden olmuştur.

İlerleyen yaş ile birlikte değişen fizyoloji, azalan işlevsellik ve artan komorbidite, hastalıkların atipik prezentasyonu, polifarmasi, gibi durumlar yaşlı olguları daha hassas ve daha "kırılgan" hale getirmektedir. Sorunların farklı uzmanlıklar yerine bir merkezde çözme isteği, hasta ve yakınlarının hastalığa yaklaşımı ve tedavi taleplerinin farklı olması, yaşlı hastaların fiziksel, işlevsel, çevresel, sosyal ve psikolojik değerlendirmesini kapsayan "**Ayrıntılı Geriatrik Değerlendirme**" nin önemini arttırmaktadır.

Yaşlanma bir hastalık değil, doğumla başlayıp ölüme kadar devam eden doğal bir süreçtir. Sıklıkla yaşlıların hastalık ve şikâyetleri önemsenmez, yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak düşünülür. Yaşlı hastanın hastalığa yaklaşımı da genelde benzer şekildedir. Oysa organ sistemlerinde meydana gelen fizyolojik değişiklikler sonucu oluşan yaşlanma ile hastalıklara bağlı bulgular karıştırılmamalıdır. Bu nedenle semptomlar göz ardı edilir ve doktora bildirilme oranı düşüktür. Tüm bunlar tanıda ve tedavide gecikmeye neden olur.

Yaşlının işlevsel durumunu etkileyen parametreler arasında günlük temel yaşam aktiviteleri, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri, görme ve işitme, mobilite, düşmeler, kognitif bozukluklar, depresyon, malnütrisyon, ağız ve diş sağlığı, üriner ve fekal inkontinans, çevre güvenliği ve sosyal destek yer almaktadır. Benden önceki değerli konuşmacılar yaşlı hastada yatak başı zihinsel - kognitif değerlendirme ile psikiyatrik değerlendirmenin nasıl yapılacağını anlattılar. Ben de kısa ve pratik olarak yatak başında işlevselliği etkileyen diğer parametrelerden bahsetmeye çalışacağım.

İşlevsel Değerlendirme

Yaşlı hastanın yatak başında işlevsel durumu ilgili ilk değerlendirmeler hastayı direkt gözleyerek başlamaktadır. Hastanın biz odaya girdiğimizdeki tutumu, yataktaki durumu, ilk göz temasını sağladığımızdaki davranışları, sözel iletişim kurmaya başladıktan sonraki davranışları bize birçok ipucu verecektir.

Yaşlı hastadan öykü almak zaman alıcı ve zordur. Öykü öncelikle hastanın kendisinden alınmalı ve gerekli durumlarda hastayı en iyi bilen yakınından ve/veya bakıcısından alınmalı, teyit edilmeli ve tamamlanmalıdır. Böylece beslenme, hareket, kişisel bakım, banyo yapma, giyinme, tuvalet, kontinans ve merdiven inip-çıkma gibi **" Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri "** ile telefon kullanma, alışveriş yapabilme, yemek hazırlama, ev işleri-temizliği, kişisel temizliğini yapma, toplu taşıma araçları ile yolculuk edebilme, ilaçlarını kullanabilme ve mali işlerini takip edebilme gibi **" Enstrümental** Günlük Yaşam Aktiviteleri " sorgulanarak değerlendirilebilir.

Yaşlıdan yatak başında işlevsellik için öykü alınırken bazı problemlerle karşılaşılabilir. Azalmış görme ve işitme, depresyon, kognitif fonksiyonlarda bozulma, artmış komorbidite, semptomların sıkışık ve karışık olması zorluğa neden olabilir. Hastalar şikayetlerini söylemeyebilir veya hastalığı ile ilgisi olmayan şikayetler anlatabilirler. Muhtemel invazif testlerden ve girişimlerden korktukları için semptomları saklayabilirler. Hastanın görüşmeden dolayı çok yorulduğu ve sorulardan sıkıldığı durumlarda öykü alma ve değerlendirme sonraya bırakılmalıdır.

Yaşlı hastalar doktor tarafından değerlendirilirken bir yandan doktorun onların dertlerine çözüm bulacağı ve sıkıntılarına son vereceğini ümit ederken, diğer yandan da durumun çaresiz olduğundan korkarlar. Doktorları, kendilerine çözüm üretebilecek birer yüce varlık gibi görmeye başlarlar. Tüm bu duyguların karşılarındaki doktora yansıtılmasına transferans denir. Bu duyguların şekillenmesinde ilk görüşmenin önemi büyüktür. Eğer hasta ve doktor arasında **pozitif trans-**

ferans kurulursa bu durum hem hastanın değerlendirilmesinde, hem de tedaviye uyum sağlanmasında oldukça işe yarayacaktır.

Görmenin değerlendirilmesi

Yaşlanmayla birlikte gözde fizyolojik ve patolojik değişiklikler oluşur. Bunun yanında hipertansiyon ve diyabet gibi görmeyi etkileyen sistemik hastalıkların sıklığı da artar. Yaşlanmayla birlikte görme keskinliği, akomodasyon, görme alanı, kontrast sensitivite fonksiyonu ve renkli görme azalır. Bu değişiklikler temel ve enstrümantal günlük yaşam aktivitelerini de içeren fonksiyonelliği ve yaşam kalitesini azaltır.

Görme muayenesinde gözün yapısı ile birlikte, göz kapakları, orbita, göz hareketleri ve ışık refleksi değerlendirilir. Görme taraması için uzak görmede Snellen **görme kartı, yakın görmede** Jaeger kartı kullanılabilir. Hastanın yakınması varsa, problem düşünülüyorsa ve diyabet-hipertansiyon gibi risk faktörleri varsa mutlaka göz uzmanına refere edilmelidir.

İşitmenin değerlendirilmesi

İşitme kaybı yaşlılığın sonucu olarak düşünülüp müdahale edilmemektedir. Bu durum yaşlılarda sosyal izolasyon, depresyon, irritabilite ve kognitif zayıflığa neden olur. Bu nedenle duyma problemleri özel olarak sorgulanmalı ve hastanın göremeyeceği bir yerden, 30 cm uzaklıktan biz dizi kelime fısıldama ve bunlardan en az yarısını tekrarlaması beklediğimiz "fısıltı testi" ile değerlendirilmelidir. Problem düşünülüyorsa uzmanına refere edilmelidir.

Mobilite ve düşmelerin değerlendirilmesi

Yaşlının otonomisinin ve fonksiyonelliğinin koruması, sakatlık ve bağımlılık riskinin azaltması için değerlendirme yapılmalıdır. Yürümenin değerlendirilmesinde postür, adım uzunluğu, taban genişliği, hareketin hızı ve akıcılığı, kol hareketleri, motor hareketlerin bilateral ve simetrik oluşu ve diğer nörolojik değerlendirme uygun şekilde yapılmalıdır. Hastaya ellerini ve kollarını kullanmadan oturduğu sandalyeden kalkması, birkaç metre yürümesi ve geriye dönmesinin söylendiği "Kalk ve Yürü" testi (**Up & Go**) pratikte oldukça yardımcıdır. Daha ileri değerlendirme için Tinetti'nin Performance-Oriented Mobility Assesment (**POMA**) uygulanabilir.

Yürüme ve denge problemleri, düşme öyküsü, kas güçsüzlüğü, artrit, yardımcı alet kullanımı, görme problemleri, ortostatik hipotansiyon, polifarmasi, duygu durum ve kognitif bozukluk düşmeye neden olan risk faktörleridir ve sayısı arttıkça düşme olasılığı da artmaktadır. Bu nedenle her yaşlı olgu en az yılda bir kez bu yönlerden değerlendirilmeli, gerekli durumlarda uygun müdahaleler yapılmalıdır. Çünkü düşme korkusu ve düşme sonrası oluşan anksiyete yaşlının otonomisini ve fonksiyonelliğini oldukça sınırlandırmaktadır.

Ayrıntılı geriatrik değerlendirmede amaç özetle yaşlının işlevselliğini, otonomisini ve hayat kalitesini koruyarak ve arttırarak mümkün olan en üst sağlık düzeyine ulaştırabilmektir.

Deliryum: Nasıl Tanıyıp Tedavi Edelim?

Dr. Gülistan Bahat Öztürk
İstabul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD. Geriatri BD.

Deliryum temel olarak akut konfüzyonel durumdur. Tıbbi hastalıkları olan bireylerdeki en sık görülen mental hastalıklardan biridir ve özellikle yaşlı hastalarda sıktır. Altta yatan ve farkedilmesi zor olan pek çok tıbbi durum sebebiyle oluşabilir. Bu nedenle hekimler için alarme edici bir semptom-bulgu olarak değerlendirilmeli ve sebebe yönelik tanısal çalışmaları başlatmalıdır.

Nasıl Tanıyalım?

DSM-IV' göre del**iryumu karakterize eden 4 özellik vardır:**

- Dikkati odaklama, idame ettirme veya başka konuya kaydırma yetisinde azalma şeklinde bilinç kusuru
- Daha önceden varolan veya gelişmekte olan demansla açıklanamayan kognisyon değişikliği veya algı bozukluğu gelişimi
- Söz konusu problem kısa bir sürede oluşur (genellikle saatler-günler içinde) ve gün içinde dalgalanmaya meyilldir
- Hikaye, fizik muayene veya laboratuar bulguları ile söz konusu rahatsızlığın tıbbi bir durum, madde intoksikasyonu veya ilaç yan etkisi nedeniyle oluştuğuna dair kanıtlar vardır

Deliryuma eşlik edebilen ek özellikler ise şunlardır:

- Hipoaktivite veya artmış sempatik hiperaktivite şeklinde psikomotor davranış problemleri ve uyku süresi ve yapısında bozulma
- korku, depresyon, öfori ve perpleksite gibi değişik emosyonel problemler

"Akut konfüzyonel durum", "ensefalopati", "organik beyin sendromu" genellikle deliryumla eş anlamlı olarak kullanılır. Konfüzyon tipik olarak dikkat süresinde azalma ile birliktedir ve deliryumun esansiyel bir komponentidir.

EEG ile deliryumun global kortikal fonksiyon bozukluğu olduğu gösterilmiştir. Dominant posterior alfa ritminde yavaşlama ve anormal yavaş-dalga aktivitesi belirmesi ile karakterizedir. Bu bulgular altta yatan etyolojiden bağımsız olarak bilinç seviyesi ve diğer gözlenen davranışlar ile korele bulunmuştur. Bu da "sonuçta ortak bir nöral yolak" olduğunu düşündürmektedir. Tek istisna alkol ve sedatif ilaç geriçekilme durumunda olur. Bu durumda düşük voltajlı, hızlı-dalga aktivitesi predominandır. Bu nedenle EEG, deliryum tanıısında kuşku olan olgularda tanıyı doğrulamak için kullanılabilir.

Epidemiyoloji

Hastanede yatan yaşlı hastaların yaklaşık %30'unda yatışlarının bir döneminde deliryum oluşur. Yaşlı cerrahi hastaları arasında deliryum riski %10-50 arasında olup özellikle kırılgan yaşlılar (örneğin düşen ve kalça fraktürü olanlar) ve kompleks cerrahi işlem geçirenlerde risk daha fazladır. Genel olarak hasta olan bireylerde deliryum gelişebilir. Özellikle yoğun bakım ünitesi (YBÜ) (%70), acil (%10), hospisler (%42) ve post-akut bakım yerlerinde (%16) yüksek oranda deliryum bildirilmektedir.

Patofizyoloji

Antikolinerjik aktivitede artış, nöropeptid (örn. somatostatin), endorfin, serotonin, norepinefrin, GABA düzeylerindeki değişiklikler, pro-inflamatuvar sitokin düzeylerindeki artış (örn. sepsis, kardiyak by-pass cerrahisi, akut kalça fraktürü seyrinde olan deliryum olgularında) deliryum patofizyolojisinde suçlanan faktörler arasındadır.

Risk Faktörleri

Deliryum multifaktöriyel bir rahatsızlıktır. Deliryum riskini artıran faktörler duyarlılığı artıran ve presipite eden faktörler olarak sınıflandırılabilir.

Duyarlılığı Artıran Faktörler: En sık risk faktörleri demans, strok ve Parkinson hastalığı gibi altta yatan beyin hastalıklarıdır. Deliryumu olan hastaların yaklaşık yarısında vardır. Deliryumdan önce demans tanısı konmamış olabilir. Benzer şekilde deliryum oluşan yaşlılarda sonradan demans gelişme ihtimali de daha fazladır. İleri yaş, mobilite kısıtlaması ve duysal fazlalık veya azlık da (YBÜ'de kalmak, oda değişikliğinin sık olması, saat bulunmaması, gözlüklerin kullanılmaması) deliryum yatkınlığını artırır.

Presipite Eden Faktörler: İlaçlar ve toksinler (Tablo 1), infeksiyonlar, metabolik anomaliler [elektrolit bozukluları (hipo/hiper Na, kalsiyum, fosfor, magnezyum), endokrin bozukluklar (hipo/hiper tiroid, paratiroid, pankreas, pituiter, adrenal patolojileri), hiperkarbi-hipoksi, hipo/hiper glisemi, doğumsal metabolizma bozuklukları, nütrisyonel eksiklikler (vit B12, tiamin, folat, niasin)], MSS problemleri (infeksiyonler, epilepsi, kafa travması, hipertansif ensefalopati, psikiyatrik problemler), organ yetersizlikleri (kalp, akciğer, karaciğer, böbrek), fiziksel problemler (yanıklar, elektrik çarpması, hiper/hipo termi, travma), ağrı gibi çok sayıda sebebe bağlı olarak deliryum gelişebilir.

Preoperatif hematokrit, mobilite kısıtlaması, albumin düşüklüğü postoperatif deliryum ile ilişkili faktörler olarak öne sürülmüştür. Yine perioperatif ciddi ağrının kognitif intakt bireylerde bile deliryum riskini 9 kat artırdığı bildirilmiştir. Ancak opioid kullanımı da deliryuma sebep olabilir. Özellikle meperidin deliryum ile en çok ilişkilendirilmiş opioid olup risk altındaki bireylerde kullanılmamalıdır.

Anestezi şekli (genel-lokal) deliryum ile ilişkili bulunmamıştır. Öte yandan kalça fraktürü sonrası spinal anestezi ile opere edilen yaşlılarda propofol sedayonu hafif ve ağır (EEG'ye göre titre edilmiş) yapılan olgularda, hafif sedasyon grubunda %50 daha az postop deliryum saptanmıştır. Postop tramadol kullanımı da deliryum ile ilişkilendirilmiştir.

Duyarlı bir bireyde her tıbbi durum deliryumu presipite edebilir; sıklıkla birden fazla etyoloji aynı anda bulunur. Prospektif çalışmalarda deliryumu en sık presipite eden durumlar şunlardır:

- sıvı-elektrolit dengesizlikleri (dehidratasyon, hipo ve hipernatremi)
- infeksiyonlar (üriner trakt, solunum yolları, deri ve yumuşak doku)
- ilaç veya alkol toksisitesi (Tablo 1; özellikle psikoaktif ilaçlar, antikolinerjikler ama pratik olarak her ilacın deliryuma sebep olabileceği hatırlanmalıdır)
- alkol geri çekilmesi
- barbitürat, BZD, SSRI geri çekilmesi
- metabolik problemler (hipoglisemi, hiperkalsemi, üremi, karaciğer yetersizliği, tirotoksikoz)
- perfüzyon bozukluğu (şok, kalp yetersizliği)
- postop durum (özellikle yaşlılarda)
- immobilite
- üriner kateter kullanımı

Daha az sıklıkta hipoksemi, hiperkarbi, Wernicke ensefalopatisi, adrenal yetmezlik, primer MSS infeksiyonu, konvülsiyon, travma ve paraneoplastik sendromlar deliryuma sebep olabilir.

Deliryumu Engellemek İçin Neler Yapılabilir?

- oryantasyon protokolleri (saat, takvim, dışarıyı görebildikleri pencere), kognitif stimülasyon
- insomni için çevresel modifikasyonlar ve ilaç dışı araçlar
- erken mobilizasyon, fiziksel engelleyicilerin kulllanılmaması
- gözlük, duyma araçları
- dehidratasyondan kaçınma
- malnütrisyon riski, MN olan olgularda tiamin süplemantasyonu

Profilaktik kolinesteraz inhibitörü kullanımı, antipsikotik (haloperidol, risperidon) kullanımı ve gabapentin kullanımı (postop ağrı kontrolü amacıyla) deliryum prevansiyonunda etkisiz bulunmuştur.

Deliryumu Nasıl Tanıyalım?

Öncelikle deliryum olasılığının farkında olunmalıdır. Davranışsal semptomlar ve kognitif problemler hastanın yaşı veya mevcut demansı ile ilişkilendirilebilir. Bir çalışmada "depresyon" değerlendirme/ tedavisi için konsültasyon liyezon psikiyatristine konsülte edilen hastaların %40'ından fazlasında deliryum olduğu saptanmıştır.

Bir hastada deliryum var mı anlamak için DSM-IV tanı kriterleri gözönünde bulundurulmalıdır.

- Bilinç durumunda değişiklik sıklıkla ilk gözlenebilen ipucudur. Klinisyenler letarji ve somnolansı hastalık, uyksuzluk, yorgunluk veya anksiyete ile ilişkilendirerek normalize etmemelidir.
- Hasta uyanık görünümdeyse, dikkati odaklama, sürdürme ve kaydırma yeteneği anamnez alımı, diyalog kurabilme yeteneği veya MMSE ile değerlendirilebilir.
- Hasta ile konuşma sırasında hafıza prolemleri, dezoryantasyon sapatanabilir veya konuşmanın dezorganize olduğu gözlenebilir.
- Şüphe halinde "dikkat"i değerlendirmek için rakamları ileri saydırma, 7'den geriye saydırma veya bir kelimenin harflerini sondan başa doğru söyleme testleri veya diğer yatak başı kısa testler uygulanabilir.

Hastanın kognitif bozulması veya algı problemlerinin daha önceden varolan ve ilerleme halinde olan demansa bağlı olup olmadığının ayırdedilmesi zor olabilir ve hastanın öncesinin iyi bilinmesini gerektirir.

Prodromal bulguları şunlardır: yorgunluk, uyku bozukluğu (gün içi fazla uyuma veya insomni), depresyon, anksiyete, huzursuzluk, iritabilite ve ışık ve sese aşırı duyarlılık. Sonrasında algı bozuklukları ve kognitif bozulma olur. Bu semptomlar dalgalanabilir. Ancak prodrom olmaya da bilir.

Özellikle yaşlılarda akut hastalığın tek habercisi deliryum olabilir. Demanslı olgularda ani mental durum değişikliğinin beklenmediği konuusnda bakım verenler eğitilmelidir.

Özellikle yaşlılarda en sık prezentasyon sessiz, sakin, kendini soyutlamış olma durumudur ve depresyon zannedilebilir.

Klinik bulgular ve prognoz arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma yoktur. Ancak bir çalışmada kalça fraktürünü takiben pskimotor ajitasyon gibi ciddi deliryum semptomları olanlarda mortalite ve bakımevine yerleştirilme riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir.

CAM (Confusion Assessment Method: Konfüzyon Değerlendirme Metodu) deliryum tanısında en sık kullanılan klinik değerlendirme aracıdır (Tablo2). Sensitivitesi %94-100, spesifistesi ise %90-95'tir. Klinik çalışmalarda CAM standart tarama aracı olarak kullanılmaktadır. Uygulaması 5 dakika olup rutin yatak başı değerlendirme için oldukça yararlıdır. Deliryum varlığını saptamak için 11 adet yatak başı klinik değerlendirme aracının değerlendirildiği bir çalışmada CAM'ın en iyi, MMSE'nin isae en duyarsız araç olduğu bildirilmiştir.

CAM-ICU: YBÜ'de deliryumu tanımak için kullanılan testtir. Mekanik venilasyonda olan, verbal iletişimin mümkün olmadığı hastalarda davranışlar ve basit sorulara verilen nonverbal cevaplar ve görsel-duysal tanıma değerlendirilir.

Deliryum/ Yaklaşım

Şüphede kalınınan olgular deliryum olarak kabul edilmeli ve en sık tıbbi etyolojiler dışlanmalıdır.

Hikaye: Hastanın yakınlarından/bakımverenlerinden deliryuma sebep olan etyolojiye ait ipuçları (ateşli hastalık, organ yetmezliği, ilaçlar..vb.) öğrenilebilir. Konfü veya koopere olmayan bir hastadan hikaye almak çoğu zaman mümkün değildir. Örneğin miyokard enfarktüsü geçiren deliryumdaki bir hasta göğüs ağrısını söyleyemez.

Fizik Muayene: Kapsamlı bir fizik muayene tabi ki en iyisidir ancak çoğu zaman mümkün olmaz. Bunun yerine vital bulgular, hidrasyon, potansiyel infeksiyon odakları odaklı muayene yapılmalıdır.

Alkol veya sedatif ilaç geriçekilmesi otonom sistem aktivasyonu (taşikardi, terleme, kızarma, diate pupiller) ile karakterize bir deliryum kliniğine sebep olabilir ama geriatrik yaş grubunda bu bulgular silik olabilir. Sepsis ateş olmadan, abdominal organ perforasyonu rebound olmadan, antikolinerjik toksistesi ateş, midriazis, taşikardi olmadan deliryum ile prezente olabilir.

Nörolojik Muayene (NM): NM bulguları sıklıkla dikkat eksikliği ve bilinç değişikliği bulgularından oluşur ve bu alanlar dikkatle değerlendirilmelidr. Ek olarak görme alanı muayenesi, kranial sinirler ve motor defisit varlığı açısından NM değerlendirilmelidir. Örneğin posterior kortikal strok, hemianopi dışında NM bulgusu olmadan, kimi zaman ise hiçbir fokal semptom ve bulgu olmadan sadece deliryum ile prezente olabilir.

Fokal NM bulgularının olmaması fokal veya multifokal nörolojik lezyon olmadığını dışlamaz. Bu nedenle deliryum için aşikar bir etyoloji yoksa nörolojik görüntüleme, LP, EEG yapılmalıdır.

İlaç Gözden G**eçirme:** Çok önemlidir ve tüm deliryumların yaklaşık %30'unun sebebidir. Bu nedenle en önemli ilk dğerlendirme ilaç değerlendirmesi olmalıdır. En sık sebep olan ilaçlar Tablo 1'de listelenmiştir.

Ayırıcı Tanı

Sun-downing
Non-konvülzif status epileptikus
Demans: özellikle Diffüz Lewy Body Demans
Primer Psikiyatrik Hastalık: depresyon, mani, şizofreni

Tanısal Testler

elektrolit, kreatinin, glukoz, tam kan sayımı, kalsiyum, idrar tetkii, idrar kültürü

- ilaç kan düzeyi (digoksin, lityum ve kinidin'in terapötik düzeylerinde de olabilir!, toksikoloji, kcft)
- arter kan gazı
- TSH, Vitamin B12: yavaş progresyon olanlarda

Tedavi

Kognitif bir problem olduğu için deliryum olgularında sistematik klinik çalışmalar yapmak zordur. Bu nedenle deliryum değerlendirme ve tedavi çalışmaları primer olarak klinik gözlem ve uzman görüşlerine dayanmaktadır.

Deliryumun engellenmesi ve tedavisinde 4 ana prensip vardır:

1. Deliryuma sebep olduğu bilinen faktörlerden kaçınma
2. Altta yatan akut hastalığın saptanması ve tedavisi
3. Fiziksel ve Kognitif kötüleşmeyi engellemek için destek verehabilitasyon bakımı sağlamak
4. Tehlikeli -yıkıcı davranışların kontrol altında tutulması

Yani bir yandan davranışsal semptomlar kontrol altına alınırken diğer yandan da altta yatan tıbbi problem bulunmalı ve tedavi edilmelidir. Önemli noktalardan biri deliryuma sebep olabilen birden fazla faktörün bir arada olabileceğinin göz önünde tutulmasıdır. Deliryum semptomları akut dönemi takip eden haftalar boyunca devam edebilir.

Destek Tedavi: İmmobilite ve konfüzyonun komplikasyonları gelişebilir. Bu da geridönüşümsüz fonksiyonel bozulmaya sebep olur. Deliryumun erken saptanması, kapsamlı müdahale, altta yatan etyolojilerin tedavisi ve immobilite, aspirasyon-bası yarası gibi komplikasyonların engellenmesi ile deliryumun prognozunun iyileşebileceği düşünülmektedir. Ancak bu konuda kontrollü çalışma sayısı çok azdır. Çalışmaların bazısında deliryum süresinin kısaltılabileceği saptanmış ancak bakımevine yerleşme, mortalite, fonksiyonellik üzerine etki saptanmamıştır. Bu nedenle tedaviden ziyade önleme ana amaç olmalıdır.

Yeterli hidrasyon ve nütrisyonun sağlanması, mobilitenin ve hareket açıklığının sağlanması, ağrı ve huzursuzluğun tedavisi, deri bakımı, inkontinans ve aspirasyon pnömonisi riskinin azaltımı için interdisipliner yaklaşım uygulanmalıdır. Aile ve bakımverenler bilgilendirilmelidir.

Davranışsal Tedavi: Ajitasyon ve agresyon gibi davranışların uygun tedavisi deliryum tedavisinin en zor kısmıdır. Bu tip hiperaktif deliryum yaşlı hastalarda daha az sıklıktadır ancak olduğunda hipoaktif deliryum peryodlarıyla alterne olur ve kliniksyenlerce farkedilmeyebilir. Hiperaktif deliryum yaşlının düşmesine, beslenme tüpü, mai setlerini çıkarmasına sebep olabilir.

Fiziksel kısıtlamalar ancak son çare olarak kullanılmalıdır çünkü ajitasyonu artırır ve mobilitenin azalması, bası yarası oluşumu, aspirasyon ve deliryum süresinde uzama gibi olumsuz sonuçlar doğurabilir. Kısıtlama kullanmak yerine devamlı gözlem çok daha iyi olabilir.

Hafif konfüzyon ve ajitasyon için çevresel değişiklikler yeterli olabilir. Hastanelerde genellikle yüksek bazal ses, kötü ışıklandırma, sık oda değişiklikleri, kısıtlama kullanımı olur; penceresiz ortamlar gündüz gece farkındalığını azaltır ve konfüzyonu kötüleştirir. Kırılgan yaşlılarda söz konusu çevresel özelliklerin düzeltilmesi fonksiyonellik üzerine olumludur. Tanıdık bireylerce hastaların verbal oryantasyonunun sağlaması, güven verici dokunuşlar ajite davranışları azaltabilir.

İlaçlar: Hastanın zarar vermesini ve zarar görmesini engellemek, değerlendirme ve tedaviye olanak sağlamak için semptom kontrolü sıklıkla gerekir. Bu aşamada psikotrop ilaçlar dikkatlice denenmelidir. Ancak tedavide rehber olması açısından veriler oldukça kısıtlıdır.

Nöroleptikler: Kalça fraktürü operasyonu sonrası hastanede yatan yaşlı hastalara düşük doz haloperidol ile profilaksi yapılan randomize, plasebo kontrollü bir çalışmada, tedavi gören kolda deliryum insidansında azalma olmamış ancak epizodların ciddiyeti ve süresi azalmıştır. **Buna göre haloperidol engelleyici olmayan ancak semptomatik olarak etkin bir tedavidir.**

Yeni antipiskotiklerden ketiapin, risperidon, ziprasidon ve olanzapinin daha az yan etkisi vardır ve küçük çalışmalarda haloperidole benzer etkinliğe sahip gibi görünmektedir. Haloperidol ile risperidon ve olanzapini karşılaştıran 3 küçük çalışmanın meta-analizinde, deliryum tedavisinde benzer etkinliğe sahip oldukları ifade edilmiştir.. Plaseboya eklenen tedricen artan dozlarda ketiapin ile gereğinde haloperidol tedavisinin deliryumu olan 36 YBÜ hastasında karşılaştırıldığı bir çalışmada ketiapin kolunda deliryum süresi daha az olup, ajitasyon daha az olmuştur ve hospitalizasyon sonrası eve taburculuk daha yüksek oranda bulunmuştur. Ancak haloperidol, ziprasidon ve plaseboyu karşılaştıran randomize bir çalışmada aktif tedavi ile mental durumda değişiklik olmadan hastanede kalınan gün sayısı ve yan etki insidansında iyileşme olmamıştır.

Ekstrapiramidal yan etkiler 4.5mg/g üzerindeki haloperidol dozlarında fazla iken, düşük doz haloperidol, olanzapin ve risperidon ile benzer saptanmıştır. 4 çalışmanın sistematik değerlendirmesinde de benzer sonuca varılmıştır. **Antipsikotik kullanımı ile sedasyon, hipotansiyon ve parkinsoznizm riski vardır. Parkinsonizmi olan hastalarda haloperidol yerine atipik antipsikotikler tercih edilmelidir.** Ancak yeni jenerasyon antipsikotikler daha pahalıdır. **Antipsikotikler ile demanslı olgularda mortalite ve muhtemelen inme riski arttığı için olabildiğince kısa süreli kullanılmalıdırlar.**

Mevcut sınırlı kanıtlar eşliğinde ajitasyon ve psikotik semptom kontrolü için düşük doz haloperidol (0.5-1 mg oral veya im) önerilir. İv haloperidol ile klinik olarak anlamlı QT uzaması olabilir. Etki başlaması parenteral yol sonrası 30-60 dakikada, oral yol ile biraz daha uzun sürede olur. Hızlı cevap beklenmemelidir.

Benzodiazepinler (BZD): Benzodiazepinler [örn. lorazepam (Ativan 1-2.5mg)]'nin etki başlangıcı antipsikotiklerden çok daha hızlıdır ancak konfüzyonu artırabilir ve sedasyon yapabilir. YBÜ'de yapılan bir prospektif çalışmada lorazepam kullanımı deliryum oluşması için bağımsız risk faktörü olarak bulunmuştur. Yine mekanik ventilasyon için sedatif ilaç verilen YBÜ hastalarında bir BDZ olan midazolam kullanımı, dexmedetomidin kullanımına gör e deliryum riskini anlamlı olarak artırmıştır. Klinisyenler arasında deliryum olgularında BZD kullanımı gereksiz yere çok yaygındır. BZD'lerin deliryum tedavisinde sınırlı bir yeri vardır, sadece sedatif ilaç veya alkol geriçekilmelerinde kullanım için primer endikasyonları vardır. Ek olarak hafif sedayon sağlarken ekstrapiramidal yan etkilerden kaçınmak için seçilmiş olgularda nöroleptiklere düşük dozlarda eklenebilir.

Kolinesteraz inhibitörleri: 104 deliryumlu YBÜ hastasında haloperidole ek olarak rivastigmin ve plasebo kullanımının araştırıldığı randomize bir klinik çalışmada, rivastigmin kullanan grupta daha fazla mortalite olduğu için çalışma erken sonlandırılmıştır. **Rivastigmin grubunda anlamlı olmamakla birlikte deliryumun median süresi de daha fazla saptanmıştır. Kolinesteraz inhibitörlerinin deliryum önlenmesinde de yeri yoktur.**

Deliryum/ Prognoz

Deliryum, yaşlıların sağlığında çok önemli bir yere sahiptir. Deliryumlu hastalar daha uzun süre hastanede kalırlar, fonksiyonel ve kognitif kötüleşmeleri olur, bakımevine yerleştirilme ve mortalite riskleri de daha fazladır. Özellikle demansı da olan olgularda deliryum bulguları 12 ay veya daha uzun süre sebat edebilir. Uzun süreli bir izlem çalışmasında 2 yıl sonunda deliryum gelişen olguların sadece 1/3'ünün toplumda bağımsız olarak yaşadıkları gösterilmiştir. Yine demanslı (AH) olan olgularda deliryum olması kognitif bozulma hızını artırmaktadır. Deliryuma eşlik eden mortalite de fazladır. Deliryum demans ve diğer faktörlere göre ayarlama yapıldığında bile 6. ve 12. ayda mortalite için bağımsız bir faktör olarak bulunmuştur. Yine deliryum süresi ile mortalitesi arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 1. Deliryuma sebep olabilen ilaçlardan bazıları (1)

Analjezikler: NSAİİ, Opioidler

Antibiyotikler ve Antiviraller: Asiklovir, interferon, amfoterisin B, antimalarialler, aminoglikozidler, florokinolonlar, sefalospoinler, penisilinler, makrolidler, INH, rifampisin, metronidzaol, sikloserin, nalidiksik asit, sulfonamidler, linezolid

Antikolinerjikler: Atropin, difenhidramin,

Antikonvülzanlar: Karbamazepin, fenitoin, valproat, levatirasetam, vigabatrin

Antidepresanlar: Mirtazapin, SSRI, TCA

Kardiyovasküler ve Hipertansiyon İlaçları: Antiaritmikler, beta blokerler, metildopa, digoksin, diüretikler

Kortikosteroidler

Dopamin agonistleri

Gastrointestinal İlaçlar: Anti emetikler, antispazmodikler, H2 reseptör blokerleri, loperamid

Hipnotik Sedatifler: Benzodiazepinler, barbitüratlar

Kas Gevşeticiler

MSS-aktif diğer ajanlar: Donepezil, lityum, IL-2, fenotiazinler

Tablo 2. CAM (Confusion Assessment Method: Konfüzyon Değerlendirme Metodu) (1)

Özellik	Değerlendirme
1. Akut başlangıç ve dalgalı gidişat	**Aile üyesi/hemşire ile görüşme ile aşağıdaki sorulara verilen olumlu cevap ile doğrulanır** "Hastanın bazaline göre mental durumunda akut bir değişiklik var mı?" "Anormal davranış gün içinde dalgalanıyor mu, gelip-gidiyor mu veya artıp-azalıyor mu?"
2. Dikkatsizlik	**Aşağıdaki soruya olumlu cevapla gösterilir:** "Hastanın dikkati odaklamada zorlanması oldu mu, örneğin kolaylıkla dikkati dağılıyor mu veya ne söylendiğini takip etmekte zorlanıyor mu?"
3. Dezorganize düşünme	**Aşağıdaki soruya olumlu cevapla gösterilir:** "Hastanın dezorganize veya tutarsız düşüncesi oldu mu, örneğin tutarsız/yersiz konuşmalar, düşünce akışının net olmayışı, mantıksız olması, konudan konuya turtasız atlama?"
4. Bilinç Durumunda Değişiklik	**Aşağıdaki soruya "alert" dışındaki cevapla gösterilir:** "Genel olarak, hastanın bilinç seviyesini nasıl adlandırırsınız?" Normal= alert Hiperalert: vijilan Uykuya meyilli, kolaylıkla uyandırılabilir= letarjik Uyandırması zor= stupor Uyandırılamaz= koma
Deliryum tanısı 1 ve 2'ye ek olarak 3 veya 4'ün varlığı ile konur.	

Kaynaklar

1. Francis J, Young GB. Diagnosis of delirium and confusional states. UpToDate. Literature review current through: Feb 2012.
2. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual, 4th ed, APA Press, Washington, DC 1994.
3. Romano J, Engel GL. Delirium: I. Electroencephalographic data. Arch Neurol Psychiatr 1944; 51:356.
4. Francis J. Delirium in older patients. J Am Geriatr Soc 1992; 40:829.
5. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, et al. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. J Gen Intern Med 1998; 13:234.
6. Morrison RS, Magaziner J, Gilbert M, et al. Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2003; 58:76.
7. Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. JAMA 1990; 263:1097.
8. Oldenbeuving AW, de Kort PL, Jansen BP, et al. A pilot study of rivastigmine in the treatment of delirium after stroke: a safe alternative. BMC Neurol 2008; 8:34.
9. Gamberini M, Bolliger D, Lurati Buse GA, et al. Rivastigmine for the prevention of postoperative delirium in elderly patients undergoing elective cardiac surgery--a randomized controlled trial. Crit Care Med 2009; 37:1762.
10. Overshott R, Karim S, Burns A. Cholinesterase inhibitors for delirium. Cochrane Database Syst Rev 2008; :CD005317.
11. Sampson EL, Raven PR, Ndhlovu PN, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of donepezil hydrochloride (Aricept) for reducing the incidence of postoperative delirium after elective total hip replacement. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22:343.
12. Kalisvaart KJ, de Jonghe JF, Bogaards MJ, et al. Haloperidol prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium: a randomized placebo-controlled study. J Am Geriatr Soc 2005; 53:1658.
13. Prakanrattana U, Prapaitrakool S. Efficacy of risperidone for prevention of postoperative delirium in cardiac surgery. Anaesth Intensive Care 2007; 35:714.
14. Leung JM, Sands LP, Rico M, et al. Pilot clinical trial of gabapentin to decrease postoperative delirium in older patients. Neurology 2006; 67:1251.
15. Marcantonio E, Ta T, Duthie E, Resnick NM. Delirium severity and psychomotor types: their relationship with outcomes after hip fracture repair. J Am Geriatr Soc 2002; 50:850.
16. Francis J. Drug-induced delirium: Diagnosis and treatment. CNS Drugs 1996; 5:103.
17. Peterson JF, Pun BT, Dittus RS, et al. Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. J Am Geriatr Soc 2006; 54:479.
18. Parellada E, Baeza I, de Pablo J, Martínez G. Risperidone in the treatment of patients with delirium. J Clin Psychiatry 2004; 65:348.
19. Skrobik YK, Bergeron N, Dumont M, Gottfried SB. Olanzapine vs haloperidol: treating delirium in a critical care setting. Intensive Care Med 2004; 30:444.
20. Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for delirium. Cochrane Database Syst Rev 2007; :CD005594.
21. Devlin JW, Roberts RJ, Fong JJ, et al. Efficacy and safety of quetiapine in critically ill patients with delirium: a prospective, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. Crit Care Med 2010; 38:419.
22. Girard TD, Pandharipande PP, Carson SS, et al. Feasibility, efficacy, and safety of antipsychotics for intensive care unit delirium: the MIND randomized, placebo-controlled trial. Crit Care Med 2010; 38:428.
23. Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, et al. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. Anesthesiology 2006; 104:21.
24. Riker RR, Shehabi Y, Bokesch PM, et al. Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: a randomized trial. JAMA 2009; 301:489.
25. van Eijk MM, Roes KC, Honing ML, et al. Effect of rivastigmine as an adjunct to usual care with haloperidol on duration of delirium and mortality in critically ill patients: a multicentre, double-blind, placebo-controlled randomised trial. Lancet 2010; 376:1829.
26. McCusker J, Cole M, Dendukuri N, et al. The course of delirium in older medical inpatients: a prospective study. J Gen Intern Med 2003; 18:696.
27. Francis J, Kapoor WN. Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. J Am Geriatr Soc 1992; 40:601.

Alzheimer Hastalığı: Ayrıcı Tanı Algoritması

Dr. Haşmet A. Hanağası

İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozuklukları Birimi

GİRİŞ

Günümüzde demans sendromuna neden olan hastalıklar özellikle yaşlanan toplumlarda büyük bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Uluslararası Alzheimer Hastalığı Derneği'nin yaptığı bir araştırmada dünyadaki demanslı hasta sayısının 2010 yılı itibarı ile 35 milyona yaklaştığı bildirilmiştir. Bu hastaların yaklaşık 2/3'ünün Alzheimer hastası olduğu tahmin edilmektedir (1). Ülkemizde hızla artan yaşam beklentisine paralel olarak Alzheimer Hastalığı (AH) giderek daha faza önem taşıyan bir sağlık problemi haline gelmektedir. Buradaki yazıda demans kavramı ile ilgili genel bir yaklaşım yapılacak ve AH'nın ayırıcı tanısı hakkında bilgi verilecektir.

Demans kelimesi latince mens (zihin) kelimesinden türemiştir ve demans (demens) zihnin yitirilmesi anlamına gelmektedir. Bir hastaya klinik olarak demans dolayısıyla AH tanısının koyulabilmesi için birkaç temel özelliğin bir arada bulunması gerekmektedir. Demans tanısı için olması gereken ilk temel özellik hastada premorbid düzeye göre zihinsel bir bozulmanın bulunması gerektiğidir. Demanslı hastaların zihinsel fonksiyonlarında sonradan oluşan bir bozulma, kazanılmış zihinsel işlevlerin kaybı söz konusudur. Bu özellikleriyle demans normal zihinsel işlevlerin hiçbir kazanılmadığı oligofreni gibi gelişimsel bozukluklardan ayrılır.

Demans tanısının koyulabilmesi için gereken ikinci temel özellik zihinsel bozulmanın birden fazla alanda saptanmasıdır. Burada bahsedilen zihinsel alanlar şunlardır: bellek, dikkat, dil, görsel-mekansal işlevler, yürütücü işlevler, praksi ve gnozi. Bu alanların herhangi birisindeki izole bozukluk (örn. serebrovasküler olay sonrası afazi veya ihmal) olduğunda demanstan söz edilemez.

Demans tanısının koyulabilmesi için gereken son temel özellik hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bozulma meydana gelmesidir. Günlük yaşam aktivitesi bozulmamış bir hastada teknik olarak demans tanısından söz edilemez. Günlük yaşam aktiviteleri içinde mesleki performans, sokakta ve mali işlerde bağımsızlık, sıradan aletlerin kullanımı, hobiler, ev işleri ve kendine bakım sayılabilir. Nörodejeneratif demanslarda günlük yaşam aktivitelerindeki bozulma zamansal seyir içinde hafiften şiddetliye doğru ilerler. Buna karşın vasküler nedenler, enfeksiyonlar veya travma sonrası gelişen demanslarda günlük yaşam aktivitelerinde hızlı bir bozulma olabilir. Birçok nörodejeneratif ve semptomatik demansın ilk aşaması olan hafif kognitif bozukluk evresinde ise demanstan söz edilemez.

Demans bir hastalık değil bir sendromdur ve klinik olarak farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Demansa neden olan 100'den fazla hastalık bildirilmiştir (2). Bunlardan bazıları çok nadir olarak görülen hastalıklardır (Tablo 1). Genelde, özellikle de 65 yaşın üzerindeki demans sendromunun en sık nedeni Alzheimer hastalığıdır (2). Sırasıyla vasküler demans, Lewy cisimcikli demans ve Frontotemporal demans AH'ndan sonra en sık görülen demans nedenleridir.

TANI ve AYIRICI TANI

Alzheimer Hastalığı ve diğer demansa neden olan hastalıkların tanısı öykü, fizik muayene, nörolojik muayene, mental durum muayenesi ve laboratuar incelemelerine göre konulur. Alzheimer Hastalığı diğer nörodejeneratif demansların çoğunda olduğu gibi yıllar içinde yavaş ilerleyen bir seyre sahiptir. Buna karşın vasküler demans sıklıkla basamaksı bir seyir gösterir. Travma, hipoksi ve enfeksiyonlara bağlı sekonder demanslar genellikle statik bir seyir gösterirler. Lewy cisimcikli demanslı hastalarda parkinsonizm, görsel halüsinasyonlar ve klinik bulgularda dalgalanma gibi temel özelliklerinden bir veya birkaç tanesi demans sendromuna eşlik eder. Frontotemporal demans kliniği ilk bulgu olarak dil bozukluğu veya disinhibisyon, apati, kişilik değişikliği, hiperseksüalite, hiperfaji gibi davranışsal semptomlarla ortaya çıkar. Vasküler demans, Lewy cisimcikli demans ve Frontotemporal demans hastalarında bellek bozukluğu genellikle erken evrelerde görülmez veya dikkat ve yürütücü işlev bozukluğuna sekonder gelişir.

Alzheimer Hastalığı'nın önceki evresini "Hafif Kognitif Bozukluk" olarak kabul edebiliriz. Hafif kognitif bozukluk normal yaşlanma ile Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar arasındaki geçişi tanımlamak için kullanılan klinik bir terimdir (3). Hafif kognitif

bozukluk kavramı genel kognitif fonksiyon ve günlük yaşam aktiviteleri korunmuşken bellekte veya başka bir kognitif alanda objektif olarak saptanabilen bir bozulma olduğunu ifade eder. Tipine bağlı olmak üzere hafif kognitif bozukluk tablosundan demansa dönüş oranları yıllık yaklaşık %10-15'dir. Demansın ayırıcı tanısında önemli bir hastalık da depresyondur. Depresyon yaşlı bireylerde sıklıkla Alzheimer hastalığı ile karışabilir. Bu nedenle zihinsel yakınmalarla gelen hasta grubunda depresyon titizlikle sorgulanmalıdır. Depresyonun Alzheimer hastalarında da sık görülen bir tablo olduğu unutulmamalıdır.

ÖYKÜ ÖZELLİKLERİ ve LABORATUVAR

Alzheimer Hastalığı'nın semptomları üç ana kategoride sınıflanabilir (4):

1. Kognitif, 2. Davranışsal, 3. İşlevsel

Alzheimer Hastalığı öyküsü, bu alanların sorgulanması ile alınır (Tablo 2). Bu alanlar dışında motor, otonomik ve uyku bozukluklarına ilişkin yakınmaların da sorgulanması ve buna yönelik muayene yapılması diğer demansa neden olabilecek hastalıkların ayırıcı tanısı açısından da önem taşır.

Alzheimer Hastalığı'na ana özelliği olan bellek bozukluğunun yanında dikkat, dil, görsel algılama, yürütücü işlevler alanlarında da bozulma olur. Alzheimer hastalarında depresyon, anksiyete, disinhibisyon, hezeyanlar, hezeyanlar, apati ve ajitasyon gibi davranışsal semptomlar sıktır. Bazen davranışsal semptomlar zihinsel semptomlardan daha fazla sıkıntı yaratabilirler.

Tablo 1. Demans Nedenlerinin Sınıflandırılması

Primer (Nörodejeneratif)	**Sekonder**
Alzheimer hastalığı	Vasküler demans
Fronto-temporal Demans	Multi-infarkt demans
Pick hastalığı	Binswanger hastalığı
Non-spesifik fokal atrofiler	Stratejik infarkt demansı
Kromozom 17 - FTD	Serebral otozomal dominant arteriopati subkortikal infarktlar (CADASIL)
ALS-FTD	Postanoksik
Hareket bozukluğu ve demans	Normal basınçlı hidrosefali
Lewy Cisimcikli Demans	Toksik-Metabolik demanslar
Parkinson Hastalığı Demansı	Wernicke-Korsakoff hastalığı
Progresif supranükleer felç	B12 vitamin eksikliği
Huntington hastalığı	Nikotinik asit eksikliği
Kortikobazal dejenerasyon	Hipotiroidi
Spinoserebellar ataksiler (bazı formları)	Kronik karaciğer hastalığı
ALS-Parkinson-Demans kompleksi	Organik çözücülere maruz kalma
Wilson hastalığı	İlaçlar
Multistem atrofi	Alkolizm
Pantotenat kinaz ilişkili nörodejenerasyon	İnfeksiyonlar
Prion hastalıkları	Herpes simplex ansefaliti
Creutzfeldt-Jacob hastalığı	Nörosifiliz
Gerstmann-Sträussler-Scheinker	Kronik menenjitler
Fatal familyal insomni	Subakut sklerozan panensefalit
Diğer	Progresif multifokal lökoensefalopati
Nöronal seroid lipofuskinozis	HIV-demans kompleksi
Gaucher hastalığı	Whipple hastalığı
Niemann-Pick hastalığı	Kafa içi yer kaplayıcı hastalıklar ve travma
"Arjinofilik grain" hastalığı	Neoplazi
Mitokondriyel hastalıklar	Subdural hematom
	Dementia pujilistika
	Otoimmun-inflammatuar hastalıklar
	Multipl skleroz
	Behçet hastalığı
	Sarkoidoz
	Sistemik vaskülitler
	Primer sinir sistemi vaskuliti
	Paraneoplastik limbik ensefalit
	Nonvaskülitik otoimmün inflamatuar meningoensefalit

ALS: Amiyotrofik Lateral Skleroz

Tablo 2. Alzheimer Hastalığı'nda üç ana semptom kategorisinin sorgulanması (4)

Kognitif	**Bellek**	Yakın: yakın geçmişe ait kişisel ve aktüel olaylar Uzak: ilkokul öğretmeni, okuduğu okullar, evlilik, emeklilik tarihleri, vb.
	Dikkat	Dalgalanma, konsantrasyon, çelinebilirlik
	Dil	Kelime bulma, kendini ifade etme, anlama, okuma, yazma güçlükleri
	Görsel-Mekansal işlevler	Yabancı/tanıdık mekanlarda dolaşabilme, kaybolma
	Yürütücü işlevler	Problem çözme, yargılama, soyutlama bozuklukları
	Praksis	Alet kullanma, giyinme güçlükleri
	Gnosis	Nesneleri tanıma, mekanda birbirinden ayırma
Davranışsal	**Kişilik değişiklikleri**	Apati, disinhibisyon, sosyal uygunsuzluk
	Duygudurum bozuklukları	Keder, isteksizlik, huzursuzluk, yerinde duramama, sinirlilik, uygunsuz neşe, eşin peşinden ayrılmama
	Algı bozuklukları	Görsel ve diğer halüsinasyonlar
	Düşünce bozuklukları	Hırsızlık, sadakatsizlik ve diğer türden hezeyanlar
İşlevsel	**Dışarıda günlük yaşam aktiviteleri**	İş yaşamı, yolculuk, mali işler, alışveriş, sosyal ilişkiler
	Evde günlük yaşam aktiviteleri	Hobiler, ev aygıtlarını kullanma, yemek pişirme, diğer ev işleri, küçük tamirat, gazete-TV ilgisi
	Kendine bakım	Yemek yeme, yıkanma, giyinme, makyaj, traş olma, tuvalet mekaniği, sfinkter kontrolü

Alzheimer hastası hakkında uygun bir şekilde öykü alındıktan sonra mental muayene ve nörolojik muayenenin yapılması gereklidir. Alzheimer hastalarında esas olarak saptanan bellek bozukluğunun yanısıra diğer kognitif alanlardaki bozulma da gösterilebilir. Bunların sonucunda laboratuar yöntemlerinin desteği de alınarak AH tanısı konmuş olur. İleri derecede demansı olan veya motivasyon azlığı nedeniyle mental muayene yapılamayan hastalara öykü ve laboratuar özelliklerine bakılarak tanı yaklaşımı yapılır. Özellikle kranyal MR incelemesi Alzheimer Hastalığı tanısını desteklemek için yararlıdır. Hippokampal atrofinin gösterilmesi tanıyı destekler. Lomber ponksiyon, EEG, PET/SPECT, serolojik incelemeler, sistemik hastalıklara yönelik ayrıntılı tetkikler ve beyin biyopsisi sadece ayırıcı tanı gerekli olduğu zamanlarda söz konusudur. Belirgin aile öyküsü olan, nedeni gösterilememiş erken başlangıçlı demansı bulunan olgularda ileri genetik inceleme yapılabilir. Yakın bir gelecekte Alzheimer hastalığı başta olmak üzere bazı nörodejeneratif demanslar için biyobelirteçlerin günlük klinik pratiğe girmesi beklenmektedir (5).

Kaynaklar

1. World Alzheimer Report 2011. http://www.alz.co.uk/research/world-report-2011
2. Hanağası HA., Emre M. Demans Kavramı ve Hastaya Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Dergisi-Nöroloji-Alzheimer Hastalığı Özel Sayısı 2009;1:1-4.
3. Petersen RC. Clinical practice. Mild cognitive impairment. N Engl J Med. 2011;364:2227-34.
4. Gürvit İH. Demans sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer dışı demanslar. Nöroloji Ders Kitabı. Güneş Kitabevi. 2002: Sf:367-415.
5. Bailey P. Biological markers in Alzheimer's disease. Can J Neurol Sci. 2007;34 Suppl 1:S72-6.

Demans İlaçları (Asetil Kolin Esteraz İnhibitörleri ve Memantine) Etki ve Yan Etkileri Kullanım Özellikleri

Doç. Dr. Neşe Tuncer Elmacı
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı

Günümüzde Alzheimer Hastalığı tedavisinde kabul gören ilaçları, hastalığın kognitif ve psikiyatrik bulgularına etkili semptomatik ajanlar oluşturmaktadır. Semptomatik tedavilerin Alzheimer Hastalığında(AH) bilişsel fonksiyonlarda, günlük yaşam aktivitelerinde ve davranışsal semptomlarında düzelmeye neden oldukları gösterilmiştir.

Alzheimer Hastalığı bilindiği gibi yaş, çevresel faktörler, genetik yatkınlık(amiloid prekürsör protein, presenilin I, II mutasyonları), Apolipoprotein E durumu gibi çok faktörlü bir süreçle tetiklenen Aβ42 üretimi artışı ve depolanması sonucunda nöronu apoptotik hücre ölümüne götüren bir süreçtir. Karakteristik nöropatolojik bulguları seçici nöron ve sinaptik kayıp, β amiloid peptid içeren ekstrasellüler nöritik plaklar ile hiperfosforile tau proteini içeren nörofibriller yumaklardır. Uzun yıllardır Alzheimer Hastalığının hem fizyopatolojisine ve hem de yeni tedavi yaklaşımlarına yönelik çalışmalar sürmektedir.

Moleküler, genetik, hayvan ve klinik çalışmalarda amiloid prekürsör proteinden (APP), amiloid beta (Aβ) peptid oligomerlerinin oluşumu AH'nı başlatan ana fizyopatogenetik süreçtir. Devameden döngüde taunun anormal hiperfosforilasyonu, nörofibriller yumak oluşumu, sinaptik dejenerasyon, oksidatif hasar, mitokondrial yetmezlik mikroglial ve astrositik aktivasyon, demiyelinizasyon gerçekleşmekte, apoptotik hücre ölümü mekanizmaları aktive olarak, nöron ölümü gerçekleşmekte, buna bağlı olarak nörotransmitter yoksunluğu ortaya çıkmaktadır. Bu patogenetik açıklamalar doğrultusunda AH'nın tedavisinin ancak hastalığın oluşum sürecinde etkin olmak ve progresyonunu durdurmak olacağı bunun ise ancak fizyopatolojik mekanizmalara etkin ajanlarla gerçekleşebileceği kuşku götürmezdir. Mekanizmalara yönelik tüm ipuçları günümzde birer tedavi hedefi haline gelmiştir ve bilim dünyası akıl almaz sayıda çalışma ile takip edilmenin güçleştiği bir alan yaratmıştır. Üzücüdür ki pek çok umut bağlanan molekül çalışmanın ilerleyen fazlarında etkinliğinin gösterilememesi veya kabul edilemeyecek bir yan etkiyle ortadan kaybolmuştır.

AH güncel tedavi yaklaşımları 4 ana grupta toplanabilir.;

- Semptomatik Tedaviler:
  - Kolinerjik replasman tedavileri
  - Glutamat üzerinden etkili ajanlar (NMDA reseptör blokerleri)
- Hastalığı modifiye edici tedaviler
- Koruyucu tedaviler

Tedaviden beklenenler ise; kognitif ve fonksiyonel bozulmayı stabilize etmek ya da yavaşlatmak,davranışsal ve psikiyatrik semptomları tedavi etmek, bakıcı yükünü azaltmak, bakımevi ya da hastaneye yatışı mümkün olduğunca geciktirmektir (1).

Semptomatik Tedavi Yaklaşımları:
Kolinerjik İlaçlar:
Sağlıklı insanlarda asetil kolin bilişsel işlevler ve dikkatle ilgili bulunmuş ve Alzheimer hastalığındaki yetmezlik kognitif kayıpla birebir ilişkilendirilmiştir. Kolinesteraz inhibitörleri (ChEI), uzun süreli etki sağlayabilmektedir. Kolinesteraz inhibitörlerinin; kognisyon, davranış ve global değişim ölçütlerine olumlu etkileri bilinmektedir. Bununla birlikte günlük yaşam aktivitelerini düzeltir, bakıcı yükünü azaltır.

- Donepezil: Uzun yarılanma ömrü olduğu için günde tek doz kullanılabilir. Önceleri hafif-orta derece Alzheimer Hastalığında sonradan orta-ileri düzey olgularda etkinliği kabul edilmiş; vasküler ve karma tipte demanslarda da etkili AH-vasküler mikst demansta ve olası vasküler demansta da etkili bulunmuştur. Parkinson demansı ve Lewy cisimcikli demansta etkilidir. Hafif bilişsel bozuklukta kullanımının minör yararlanımı olduğu bildirilirken, hafif-orta vasküler kognitif kayıpta ise etkin olup 10mg/gün dozu da 5mg/gün'e göre daha etkili bulunmuştur. 4 hafta içinde iki basamaklı titrasyon yapılır, oral ve ağızda çözünebilen formları vardır. 6 aylık randomize çalışmada bilişsel ve global işlevlerde hem 5 ve hem de 10 mg/ gün etkin bulunmuş (Rogers et al, 1998;

Burns et al,1999) ve 6 aylık çalışmada ağır (MMSE 5-17) AH' da da etkinliği gösterilmiştir (Feldman et al, 2000). Etkinlik 4.9 yıla kadar uzamaktadır, uzun süreli kullanımda emniyetli ve güvenilir olup diyare, bulantı ,kusma (%20), rüya görme, uyku bozukluğu gibi yan etkileri vardır.

- Rivastigmin: Asetil kolin esteraz dışında butiril kolinesterazı da inhibe eder.6-12 mg/gün kullanımı demansta bilişsel işlevlerde ve günlük yaşam aktivitelerinde etkindir (Corey-Bloom et al,1998). Günde 2 doz verilmekte tek dozda uygulanan 5cm/10cm yapıştırma bantları da bulunmaktadır. Etkisi doza bağımlı olarak artmakta olup, bilişsel etkinliğin yanında bakım evi hastalarında davranış üzerine etkinliği de gösterilmiş (Anand et al, 2000). Yan etkisi gastrointestinal irritasyondur. Kolinerjik yan etkileri (bulantı, kusma, anoreksi, başağrısı) yemekle alınması azaltabilir. Etkinlik 5 yıla kadar uzamaktadır.
- Galantamin: Randomize çalışmalarda bilişsel işlevler, davranış ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkili bulunan bu asetil kolin esteraz inhibitörü Pre ve post sinaptik nikotinik reseptörleri uyarak hem asetil kolin salgılamasını artırır ve hem de reseptör yanıtını düzenler (Raskind et al, 2000; Tariot et al, 2000). 16-24 mg, günde tek dozda verilir. Bulantı, kusma, iştahsızlık gibi yanetkileri vardır. Açık çalışmalarda 5 yıla varan etkinliği gösterilmiştir.

Asetil kolin esteraz inhibitörleriyle tedavi devamına karar verilirken sadece bilişsel test sonuçlarına bakılmamalı; bakım evine yatırılma oranlarınınkolinesteraz alanlarda daha az ve daha geç olduğu ve bu ilaçların kognitif işlevler kadar davranışı ve psikiyatrik semptomları da olumlu yönde etkiledikleri göz önünde bulundurulmalıdır.

- İlaç değişimi kararı ; ilacın baştan beri etkisiz olması, etkinin kaybı (6 ay),ilaca başından itibaren tolerans gösterilememesi durumlarında verilebilir. Etkisizliğe karar vermeden önce ilacı en az 6 ay uygun dozda denemelidir. Temel prensip eğer hasta etkisizlik nedeniyle ilaç değiştiriyorsa eşdeğer dozda bir diğer asetil kolin esteraz inhibitörüne geçmek; eğer değişim tolerans güçlüğü nedeni ile ise kısa bir ilaçsız dönem sonrası yan etkiler geçtikten sonra bir diğer ilacı düşük dozda başlayıp titre ederek yükseltmektir. Asetilkolinesteraz inhibitörü başlarken hastanın; kardiyak ileti anormalliği ve bradikardisi varsa, Hasta Sinüs sendromu gibi özel bir ritm bozukluğu tanımlanıyorsa, peptik ülser ve kanama , respiratuar hastalıklar, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, epileptik nöbet varsa dikkatli kullanmalıdır. Uriner trakt obstürüksiyonu, prostat hipertrofisi semptomları kolinomimetiklerle artarlar.
- NMDA Reseptör Antagonisti: Memantin

Glutamat nöron hücreleri arasındaki fizyolojik iletişimin çok önemli bir mediatörü olmakla birlikte , belirli **bazı koşullar** altında glutamat reseptörlerinin aktivasyonu nöron ölümüne neden olmaktadır. Bu **eksitotoksisite** olarak adlandırılmaktadır. Kronik glutamat salınımı eksitotoksik etki ile kortikal ve subkortikal nöronların yıkımını başlatmakta ve demans ile ilişkili bellek kaybına neden olmaktadır. Yani normal koşullarda nöronal iletimde önemli rolü olan glutamat salınımının dengesi AH'da bozulmaktadır .Bir NMDA reseptör antagonisti, memantin Avrupa'da 2002 yılında ve FDA tarafından 2004 yılında orta-ileri evre AH tedavisinde ilaç seçeneği olarak kabul edilmiştir. Tek başına ya da asetil kolin esteraz inhibitörleri ile birlikte kullanılabilir. Tek başına kullanıldığında bakım verenin yükünü azalttığı, orta-ileri evre AH'da yaşam kalitesini artırdığı ve bakımevine yatırılmayı geciktirdiği saptanmıştır. 5mg ile başlanıp 4 haftada 20mg'a çıkılır, Yarı ömrü 60-80 saat günde tek doz verilebilir; ağır böbrek yetmezliğinde 10mg doz yeterlidir. Davranış ve nöropsikiyatrik semptomlarda etkinliği kanıtlanmıştır. Yan etkileri: kardiyovaskular: hypertansiyon (4%), kalp yetmezliği, senkop, dizziness (7%), konfuzyon (6%), başağrısı (6%) oranlarında görülür. Anemi, döküntü, konstisipasyon, alkalin fosfataz yüksekliği görülebilir.

- Memantin Kombine Tedavi: Donepezil+Memantin kombinasyonu en azından 6 aylık süredeki kognitif, günlük yaşam aktivitelerine ve davranışsal semptomlara etkisi tek başına Donepezil kullanımından daha iyi bulunmuştur. 400 orta-ileri Donepezil ya da Galantamin'e 6 ay içinde yanıt vermeyen hastalarda Rivastigmin+Memantin kombinasyonu kognitif ve davranışsal semptomlara etkili bulunmuştur. AchE izoformlarının ekspresyonunu düzenler, nikotinik reseptör ekspresyonunu artırır.

Kardiyak ve Diyabetik Hastada Antidepresan İlaç Seçimi

Uzm. Dr. Haşmet Işıklı

Majör depresyonun yaşam boyu prevelansı %17 ve noktasal prevelansı %7 olup sık karşılaşılan ciddi bir ruhsal hastalıktır. Bu durum bireylerin yaşam kalitelerini düşürmekte ve işlevselliği büyük ölçüde azaltmakta olup sağlık sektörü açısından büyük bir yük oluşturmaktadır.[1]

Genel olarak kronik hastalığı bulunanlarda depresyon daha sık görülmekte ve özellikle diabette bu durum tedaviye uyumu azaltmaktadır. Tip 2 diabetteki depresyon prevelansı %13 ve prediabetiklerde ise bu oran %30'lara ulaşmaktadır. Depresyon gerek davranışsal gerekse biyolojik mekanizmalar dahilinde diyabetin sonuçlarını etkileyebilmektedir. Depresyonun, diyabetin sonuçlarını ve komplikasyonlarını etkileme yolu şunları kapsamaktadır: hormonal anormallikler, glukoz transport fonksiyon değişiklikleri ve immünoinflamatuar aktivasyondaki artış. Veriler, klinik olarak depresyon tanısı olmadığında dahi depresif semptomlar ve artmış stres yanıtının daha kötü bir diyabet kontrolü ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır [2.] Eskiden erişkin başlangıçlı olarak da bilinen tip 2 diabetli hastalarda depresyon oranı genel popülasyondan 1.6 ila 2.0 kat daha yüksek bulunmuştur Tip II diyabetlilerde hayat boyu depresyon oranı %24 ila 29 iken noktasal prevelansta ise bu oran %10 ila 15 arasındadır[3]. İyi tasarlanmış ve kontrollü bir psikososyal çalışma CBT'nin 6 aylık izlemde HbA1c seviyesini tek başına diabet eğitimden daha iyi düşürdüğünü göstermekle birlikte, bu çalışmanın ileri sonuçları henüz elde edilmemiştir[4].

SSRIlar: Bugüne kadar diyabetli depresyon hastaları ile ilgili 4 adet plasebo - randomize kontrollü çalışma (bunlardan biri floksetin ile plaseboyu[5], biri sertralin ile plaseboyu [6] ve diğer ikisi[7,8] ise paroksetin ile placeboyu karşılaştırmaktadır; esitalopram ile bir open label çalışma[9] ve bir de paroksetin ile floksetinin karşılaştırıldığı plasebosuz randomize kontrollü çalışma[10] bulunmaktadır. Bunların tümü ele alındığında, SSRIlarla ilgili yapılan çalışmalar, SSRIların diyabet ve depresyonlu hastalarda depresif semptomları azalttığı ve relaps gelişimini önlediğini göstermektedir. Bu verilerden yola çıkıldığında SSRIların HbA1c seviyelerini azaltmaya yardımcı olabileceğine dair görüşler bulunmakta ancak bunların daha ayrıntılı geniş çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Şu an için bu hasta popülasyonunda HbA1c seviyesini ya da depresyonu azaltmada herhangi bir SSRI'ın bir diğerine daha üstün olduğuna yönelik bir veri gösterilememiştir

TCA'lar: MDD ve diyabeti olan hastalarda SSRI'ların depresyon ve HbA1c seviyesini düşürmedeki etkinlikleri gösterilmiş iken TCA'lar için muhtemelen bunların yan etki profilleri dolayısıyla bu popülasyondaki etkilerini ortaya koyabilecek bir çalışma yapılamamıştır. Depresyonu olan diyabet hastalarında TCA kullanımı ile ilgili bir adet çift kör randomize kontrollü çalışma bulunmaktadır. Nortriptilin verilen hastalarda plaseboya göre depresyon oranlarında belirgin bir azalma gösterilmiş olup ancak HbA1c seviyesini azaltmada nortriptilinin plaseboya üstünlüğü gösterilememiştir. Aslında analizler göstermektedir ki depresyonu bulunmayan hastalarda nortriptilinin hiperglisemik etkisi bulunmaktadır ancak depresyondaki düzelme çalışma grubundaki depresyonlu hastalarda glisemik kontrole yardımcı olmaktadır. Depresyonu olan hastalarda glisemik kontrol belirgin bir fark olmaksızın iyileşme göstermiştir.

Psikofarmakoterapi sonuçları: Komorbid diyabet ve depresyonu olan hastalarda nortriptilinin glukoz kontrolünde kötüleşmeye meyil oluşturabileceği gösterilmişken, fluoksetin ve sertralinin glukoz düzeylerinin düşmesi ile ilişkilendirildiği gösterilmiştir. Bupropionun glukoz kontrolündeki yararlı etkileri ile birlikte etkili bir antidepresan olabileceği belirtilmiştir.[1]

Antidepresan kullanımının ardından glukoz seviyelerindeki dalgalanmanın antidepresan kullanımından mı yoksa hayat şartları ve duygudurumdaki değişikliklerden mi kaynaklandığı, yayınlanan vaka çalışmalarından elde edilememektedir. Ancak yine de, sağlık üreticilerinin özellikle antidepresan tedavisine başlandıktan sonraki ilk bir ay içerisinde glukoz regülasyonundaki olası değişikliklere dikkat etmesi ve risk altındaki hastalarda ciddi yan etkilerden sakınmak

için uygun klinik ve laboratuvar gözlemlerini iyi bir şekilde yaptırması gerekmektedir. Derijk ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada hiperglisemi ve hipo glisemi riski bütün bir grup olarak antidepresanların ele alınmasındansa daha çok o antidepresanın kendi farmakolojik özelliğine bağlı olduğu bildirilmiştir. Hiperglisemi riski daha çok seratonin, histamin ve noradrenalin geri alım transporterlarına bağlanma özelliği ile ilişkilendirilmiştir. Derijk ve arkadaşları antidepresanları hiper ve hipoglisemi riski açısından kümeler halinde değerlendirmiş olup küme 1'deki ilaçların (klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, nortriptilin, paroksetin ve sertralin) hem hiperglisemi hem de hipoglisemi açısından risk taşıdığını; küme 2'deki ilaçların (doksamin ve imipramin gibi) hipoglisemiye yatkınlık yarattığını ve küme 3 içerisine giren ilaçların ise (maprotilin, mianserin ve mirtazapin) hiperglisemiye yatkınlık yarattığını ortaya koymuştur. Sınırlı bilgiler dahilinde küme 4 içerisinde yer alan ilaçların (nefazodon) spesifik bir glukoz disregülasyon paterni ve glukoz disregulasyonuna başlama zamanı net olarak belirtilememiştir.[11]

Jay D Amsterdam tarafından open label yapılan bir çalışmada[9] esitalopram tedavisinin eş zamanlı diyabet ve majör depresyon hastalarındaki etkinliği incelenmiştir. Bu çalışmada özellikle esitalopramın glukoz kontrolündeki yerine dikkat çekilmiştir; esitalopramın depresif semptomlarda belirgin bir düşüş yaratması ile birlikte, açlık glukozu, fruktozamin ve glikolize Hb düzeylerinde belirgin olmayan bir düşüş sağladığı ortaya konmuştur.

Depresyon ve kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki de dikkat çekici olup kardiyovasküler hastalığı olan kişilerin %20 ila 40'ında depresyon tabloya eşlik etmektedir ve aynı zamanda depresyonu olan kişiler - fiziksel aktivite, yüksek BMI, hipertansiyon ve hiperkolesterolemiden bağımsız olarak - miyokard enfarktüsü açısından daha büyük bir risk altındadır. Depresyon ve kardiyak mortalite arasındaki ilişki özellikle kalp hızı değişkenliğindeki düşüşlerle ilgilidir. Bu yüzden kalp hızı değişkenliği ile depresyon üzerine çalışmalar kardiyak hastaları ele almaktadır.[12]

Table 3 Classification of selected antidepressant agents on high binding affinity for receptor/transporter sites as proposed by Derijks et al. [10]

Antidepressant agent	Classification by molecular structure and pharmacological mechanism of action	Classification based on high binding affinity for six receptor/transporter sites[a]
Amitriptyline	TCA	Cluster 2
Bupropion	NDRI	Cluster 4
Citalopram	SSRI	Cluster 1
Clomipramine	TCA	Cluster 1
Doxepin	TCA	Cluster 2
Duloxetine	SNRI	Cluster 1
Escitalopram	SSRI	Cluster 1
Fluoxetine	SSRI	Cluster 1
Fluvoxamine	SSRI	Cluster 1
Imipramine	TCA	Cluster 2
Maprotiline	TeCA	Cluster 3
Mianserin	TeCA/NaSSA	Cluster 3
Mirtazapine	NaSSA	Cluster 3
Nefazodone[b]	SARI	Cluster 4
Nortriptyline	TCA	Cluster 3
Paroxetine	SSRI	Cluster 1
Reboxetine	NRI	Cluster 4
Sertraline	SSRI	Cluster 1
Trazodone	SARI	Cluster 4
Venlafaxine	SSRI	Cluster 1

Adapted from Derijks et al. [10]

NaSSA norepinephrine and serotonin specific with alpha-2 antagonist properties, *NDRI* norepinephrine dopamine reuptake inhibitor, *NRI* selective norepinephrine reuptake inhibitor, *TCA* tricyclic antidepressant, *TeCA* tetracyclic antidepressant, *SARI* serotonin-2 antagonist/reuptake inhibitor, *SNRI* serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, *SSRI* selective serotonin reuptake inhibitor

[a] Six receptor/transporter sites: 5-HT (serotonin) reuptake transporter, norepinephrine reuptake transporter, 5-HT_{2c} receptor, M_3-receptor (muscarinic), H_1-receptor (histamine), alpha-1 receptor

[b] Brand name nefazodone (Serzone) discontinued in 2004 due to cases of hepatotoxicity. Generic nefazodone is still on the market. Classification by high binding affinity for receptor/transporter sites:

Cluster 1: high binding affinity for 5-HT reuptake transporter

Cluster 2: high binding affinity for all six binding sites

Cluster 3: high binding affinity for H_1-receptor and 5-HT_{2c} receptor

Cluster 4: no specific similarities within and outside the cluster in terms of the binding affinity for the six receptor/transporter sites

2004 ile 2007 yılları arasında esitalopram ve plasebo ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada 12 aylık esitalopram tedavisinin akut koroner sendrom geçirme sonrası temelde depresyonu olmayan hastalarda depresyondan koruyucu etkisi olduğu gösterilmiştir.[13]

Kardiyovasküler bir hastalık olmaksızın depresyon genel olarak kalp hızı variabilitesinin azalması ile ilişkilendirilmiştir ve bu durum depresyon şiddeti ile korele bir şekilde azalmaktadır. Antidepresan tedaviler bu azalmayı değiştirmemekle birlikte semptomların azalmasını sağlamaktadır. Bu da antidepresan tedavilerinin kalp hızı değişkenliği ile ilşikili kardiyoprotektif etkilerinin olmayabileceğini ve remisyondaki riskli bireyler içerisinde bu durumun bireysel olarak ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Antidepresan tedavinin kalp hızı değişkenliğine etkisi: bulgular antidepresanlarla tedavinin (trisiklik antidepresanlar hariç) en azından kısa dönemde semptomların şiddetini azaltmasına rağmen kalp hızı değişkenliği üzerine minimal etkileri olduğunu göstermektedir. 2010 yılında Biological Psychiatryde yayınlanan Andrew H. Kemp ve arkadaşları, yaptıkları bir metaanalizde farklı tedavi çalışmaları arasında büyük bir heterojenite olduğunu belirtmişlerdir ve daha ileri araştırmalar da TCA'ların diğer tedavilerle karşılaştırıldığında kalp hızı değişkenliğinde belirgin bir azalma sağladığını ortaya koymuştur. TCA lar ile tedavinin kalp hızı değişikliklerini azaltması bu ilaç grubunun bilinen antikolinerjik ve alfa 1 adrenerjik etkinliğine atfedilmiştir. Kalp hızındaki değişkenliklerin ani ölüm için potansiyel bir risk faktörü olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu çalışma TCA'nın kardiyovasküler sistem üzerine bir risk oluşturduğunu ortaya koymaktadır.[14]

Depresyonun, özellikle kronik kalp yetmezliği ve diğer kalp hastalıklarında olduğu gibi bir çok komorbid hastalıkta prognoz üzerine negatif bir etkisi ve yüksek prevelansı olduğu daha önceden tanımlanmıştır. Depresyonun kronik süreci ve komorbid depresyonu olan kronik hastalıklı insanlar ele alındığında optimal tedavinin geliştirilebilmesi için multidisipliner bir yaklaşımın gerektiği aşikardır.

Kalp yetmezlikli hastaların yaklaşık %20 sinde depresyon mevcut olup bu hastalar depresyon ve kalp yetmezliğinin komorbid durumlarının her ikisiyle birden başa çıkmak durumundadır.[15]

KKY ve antidepresanlar:

Son 20 yıl içerisinde gerek kalp yetmezliğinde gerekse depresyonda kullanılan ilaçların sayısında büyük bir patlama yaşanmıştır. Ancak bu iki ilaç grubu arasındaki etkileşimler ve bu ilaçların diğer hastalıklar üzerine yaptıkları etkileşimler henüz tam anlamıyla netlik kazanmamıştır. Örneğin, eskiden kalp hastalıklarında çok sık kullanılan beta bloker gibi bazı kalp ilaçlarının kalp yetmezlikli hastalardaki depresyon insidansını arttırdığı ortaya koyulmuştur. Bunun gibi etkileşimlerle ilgili datalar var olmasına rağmen bir çok araştırmacı halen antidepresan gruplarının kalp yetmezlikli hastalarda kullanımı ile ilişkili güvenlilik çalışmalarını sürdürmektedir.[16]

TCA: Kalp yetmezlikli hastalarda depresyonun optimal tedavisi için büyük oranda halen belirsizliğini koruyan veriler olup bunların güvenilirlik ortaya koymaması ile birlikte kalp yetmezliğinde trisiklik antidepresan kullanımının güvenilirlik ve etkinlik çalışmalarına ait çok az veri bulunmaktadır. Roose ve ark.TCAların ve özellikle de imipraminin KKY'de kullanımına ilişkin bir dizi çalışma yapmışlardır. Birçok TCA içerisinde imipraminin önceleri akut koroner sendromda yararlı olabileceği düşünülen uygun bir antiaritmik etkisinin olabileceğinden bahsedilmiş olup daha sonra bu durum Kardiyak Aritmi Supresyon Çalışması (CAST) tarafından imipraminin antiaritmide yan etki oluşturduğu şeklinde ortaya konmuştur.[17,18] Bu ilaçların aynı zamanda antikolinerjik etkilerine sekonder olarak kalp hızına etki ettiklerine dikkat çekilmiştir. TCA'ların tedavi ve toksik dozlarında kardiyotoksik etkileri aritmi oluşturmalarına bağlanmıştır; bu etkiler QTc uzaması, ileti gecikmesi, AV nodun belirgin şekilde baskılanması ve hatta artmış mortalite ile ilişkilendirilmiştir.[19] TCA ve diğer antidepresanlara ilişkin bir çok veri kalp yetmezliğinin o günkü tanımına atfedilmiştir. TCA ve kalp yetmezliği ile ilişkili çoğu data iskemik kalp yetmezlikli hastalar içindir. İskemik kalp hastalığı olan depresyon hastalarının tedavisinde TCA kullanımı göz önüne alındığında TCA'nın 1A antiaritmik aktivitesi öne çıkmaktadır. CAST bulguları da TCA gibi tip 1A antiaritmik aktiviteye sahip ajanların iskemik kalp hastalığında kullanılmaması gerektiğini ortaya koymuştur.[20]

SSRI: Kardiyovasküler hastalığı olanlarda SSRI kullanımı ile ilgili veriler hastalığın odak noktası ile ilişkili olarak geniş ölçüde değişiklik göstermektedir. Bir çok veri SSRI'ların kardiyak iskemi ve akut koroner sendrom sonrası kullanımı üzerine yoğunlaşmıştır. Ancak küçük bir miktardaki veri ise SSRI'ların kalp yetmezliğinde kullanımını irdelemektedir.

Roose ve ark. SSRI'ların kardiyovasküler hastalığı olan depresyonlu hastalarda kullanımını konu edinen bir çok yararlı veri elde etmiştir. Fluoksetin ile yaptıkları bir çalışmanın sonucunda fluoksetinin kalp hızını azaltmada ve supin sistolik kan basıncı ile ejeksiyon fraksiyonunu arttırmada etkili olduklarını ortaya koymuşlardır.[21]

Gottlieb ve ark. KKY li hastalarda kontrollü salınımlı paroksetinin depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemişlerdir. Paroksetin alan KKYli hastaların depresyonlarının plasebo alanlara göre belirgin şekilde azaldığını ortaya koymuşlardır. Aynı zamanda paroksetin ile tedavi edilen hastalarda yaşam kalitesinde de belirgin şekilde düzelme olduğunu belirtmişlerdir. [22]

Alves ve ark. sertralinin kognitif yararlarını değerlendirmek üzere kalp yetmezlikli yaşlı hastalarda SSRI kullanımını değerlendirmişlerdir. Majör depresyonu olan, depresyonu olmayan kalp yetmezlikli hastalar ve sağlıklı bireyleri kapsayan bu çalışma ile tüm gruplardaki kognitif fonksiyonlarda iyileşme ortaya koymuşlardır.[23]

SAD HART CHF çalışması, sertralinin depresyonlu KKY hastalarındaki etkisini gözlemleyen prospektif, randomize, çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmadır. 12 haftalık izlem sonunda sertralin ve plasebo alan hastalar arasında depresyon açısından belirgin bir fark olmamıştır; yine de depresyon açısından her iki grupta da bağımsız bir şekilde belirgin bir azalma gözlenmiştir. Ölüm, kardiyovasküler ölüm veya kalp yetmezliğinin kötüleşmesi nedenli hospitalizasyon oranları açısından da iki grup arasında fark yoktur. Bu çalışmanın sonuçları depresyon ve kalp yetmezlikli hastalarda daha fazla destekleyici bakım olması gereksinimini ortaya koymaktadır.[24]

MOOD HF çalışması halen devam etmekte olup, bu çalışma yaklaşık 700 hastada esitlopramın morbidite, mortalite, depresyon şiddeti, anksiyete, kognitif fonksiyonlar ve yaşam kalitesine etkilerini ele alan prospektif, randomize, çift kör, çok merkezli bir çalışmadır. Esitalopramın burada seçilme nedeni 4500den fazla hasta üzerinde yapılan metaanalizde gösterilmiş olduğu şekilde esitalopramın SSRI lar arasında en selektif reseptör inhibisyonuna sahip olmasıdır.[25]

Komorbid kalp yetmezliğinin depresyona eşlik etmesi sadece depresyonun klinik sonuçları ile ilşkili prognoz açısından değil aynı zamanda kalp yetmezliği tedavisine uyum ve hospitalizasyonu değiştirebilmesi açısından da potansiyel bir etkiye sahiptir. Kalp yetmezlikli hastalarda depresyonun tedavisiz bırakılması belirgin zararlı sonuçlar doğmasına neden olmaktadır. Bu hastalarda depresyonun tedavi edilmesi hastaların yaşam kalitesini arttırarak daha iyi klinik sonuçlar doğuracaktır.[26]

Kaynaklar:

1. Markowitz et al, A review of Treating Depression in Dabetes: Emerging Findings; Psychosomatics 2011:52:1-18.
2. Fisher L, Skaff MM, Mullan JT, et al. Clinical depression versus distress among patients with type 2 diabetes; not just a question of semantics.Diabetes Care 2007;30; 542-548
3. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE: The prevelance of comorbid depression in adults with diabetes: a meta analysis. Diabetes Care 2001;24: 1069-1078
4. Lustmann PJ, Griffith LS, Freedland KE et al. Cognitive behavioral therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized controlled trial. Ann Intern Med 1998;129: 613-621
5. Lustman PJ,Freedland KE, Griffith LS, et al, Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double blind placebo controlled trial. Diabetes Care 2000, 23; 617-623
6. Lustman PJ, Clouse RE, Nix BD, et al. Sertraline for prevention of depression recurrence in diabetes mellitus: a randomized double blind, placebo controlled trial. Arch Gen Psychiatry 2006; 63; 521-529
7. Paile Hyverinen M, Wahlbeck K, Erikkson JG: Quality of life and metabolic status in mildly depressed women with type 2 diabetes treated with paroxetine: a double blind randomised placebo controlled 6 month trial. BMC Fam Pract 2007; 4:7-13)
8. Paile Hyverinen M, Wahlbeck K, Erikkson JG: Quality of life and metabolic status in mildly depressed patients with type 2 diabetes treated with paroxetine: : a double blind randomised placebo controlled 6 month trial. BMC Fam Pract 2007;8:34-41)
9. Amsterdam JD, Shults J, Rutherfod N et al Safety and efficiacy of citalopram in patients with comorbid majör depression and diabetes mellitus. Neuropsychology 2006: 54:208-214)
10. Gulseren L, Gulseren S, Hekimsoy Z,et al: Comparison of fluoxetine and paroxetine in type II Diabetes Mellitus patients. Arch Med Res 2005; 36: 159-165
11. S.Khoza, Jamie C Barner et al. Glucose dysregulation associated with antidepressant agents: an analysis of 17 published case reports. Int J Clin Pharm (2011) 33:484-492
12. Andrew H. Kemp, Daniel S Quintana, Marcus A. Gray

et al. Impact of Depression and Antidepressant Treatment on Heart Rate Variability: A Review and Meta-Analysis; Biol Psychiatry 2010; 67: 1067-1074

13. Hedegaard Hansen, Jamall Abed Hanash, Alice Rasmussen et al. Effects of escitalopram in prevention of depression in patients with acute coronary syndrome(DECARD) J Psychosomatic Res 72 (2012) 11-16.
14. Andrew H. Kemp, Daniel S Quintana, Marcus A. Gray et al. Impact of Depression and Antidepressant Treatment on Heart Rate Variability: A Review and Meta-Analysis; Biol Psychiatry 2010; 67: 1067-1074
15. Shapiro PA. Treatment of Depression in patients with congestive heart failure. Heart Fail Rev 2009; 14 (1): 7-12.
16. Messerli FH, Bangalore S, Yao SS et al. Cardioprotection with beta blockers: myths, facts and Pascal's wager. J Intern Med 2009:266(3)232-41
17. Glassman AH, Johnson LL, Giardina EG, et al. The use of imipramine in depressed patients with congestive heart failure. JAMA 1983; 250(15) 1997-2001
18. Glassman AH, Roose SP, Bigger JT, Jr. The safety of tricyclic antidepressants in cardiac patients. Risk benefit reconsidered. JAMA 1993; 269 (20) 2673
19. Raisfield IH. Cardiovascular complications of antidepressant therapy. Interactions at the adrenergic neuron. Am Heart J 1972; 83 (1):129-33
20. .The Cardiac Arrythmia Supression Trial II Investigators. Effect of Antiarrythmic Agentmoricizine on survival after myocardial infarction. N Eng J Med 1992:327 (4):227-33
21. Roose SP, Glassman AH, AttiaE et al. Cardiovascular effects of fluoxetine in depressed patients with heart disease. Am J Psychiatry 1998; 155 (5): 660-5
22. Gottlieb SS, Kop WJ, Thomas SA et al.A double blind placebo controlled pilot study of controlled release paroxetineon depression and wuality of life in chronic heart failure. Am Heart J 2007; 153 (5): 868-73.
23. Alves TC, Rays J, Telles RM et al. Effects of antidepressant treatment o cognitive performancein elderly subjects in heart failure and comorbid majör depression: an exploratory study. Psychosomatics 2007;48(1): 22-30
24. Jiang W. O Connor C, Silvia SG et al. Safety and efficiacy of Sertraline for depression in patients with CHF (SAD HART CHF): a randomized double blind placebo-controlled trial of sertraline for majör depression with congestive heart failure. Am Heart J 2008; 156 (3): 437-44.
25. Angerman CE, Gelbrich G, Störk S, et al. Rationale and design of a randomized controlled multicenter trial investigating the effects of selective serotonin reuptake inhibition on morbidity, mortality and mood in depressed heart failure patients (MOOD HF). Eur J Heart Fail 2007; 9 (12): 1212-22
26. Melvin R Echols, Wei Jiang; Clinical Trial Evidence for Treatment of Depressio in Heart Failure. Heart Failure Clin 7 (2011) 81-88.

Yaşlıda ve Demans'ta İnsomnia ve Tedavisi

Ahmet Ünal

Yrd. Doç. Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Gaziantep, Türkiye

Özet:

Uyku genel sağlığın önemli bir göstergesidir. Beden ve ruh sağlığı bozulan kişilerde en sık görülen yakınmalardan biri uyku bozukluğudur. Genel olarak insomnia; uykuya dalmada, uykuyu sürdürmede güçlük ya da uyuduğu halde uykusunu alamamış, dinlenmemiş hissetme olarak tanımlanabilir. Toplumda insomnia yaygınlığının %10-20 olduğu, yaşlılarda ise bu oranın daha yüksek olduğu belirtilmektedir (1).Yaşlılarda başlangıç insomnia %15-45, orta insomnia %20-65, sabah erken uyanma %15-45 ve dinlenmemiş uyanma oranı ise %10 olarak tespit edilmiştir (2). İnsomnia birincil olabileceği gibi bedensel ya da ruhsal hastalıklardan kaynaklanabilir. İlerleyen yaşla birlikte uykunun yapısında ve süresinde değişiklikler olmaya başlar. Uyku ölçekleriyle ve polisomnografiyle uyku kalitesini inceleyen çalışmalarda yaşlıların uyku kalitesinin bozuk ve uyku miktarının yeterli olmadığı gösterilmiştir. Yaşlanma ile uyku yapısında oluşan değişiklikleri özetle; erken uyuma, erken uyanma, uykuda geçen toplam sürenin kısalması, uyku latansının uzaması, delta uykusunun (NREM III-IV) azalması, geceleri sık uyanma ve REM uykusunda azalma olarak belirtebiliriz (3). Demanslı bireylerde de uyku yapısında değişiklikler ve insomnia sık görülmektedir. Bu hastalarda; gece sık uyanma, gün içi uykululuk, REM ve delta uykusunda azalma saptanmıştır. Tedavide, ilaçlar yan etkilerine dikkat edilerek, özellikle yaşlı bireylerde baş dönmesi ve denge sorunlarına, düşmelere neden olabilecekleri göz önünde bulundurularak kullanılmalıdır. Trazodon ve seçici olmayan benzodiazepinlerin yaşlı hastalarda daha etkili olduğu bildirilmiştir. İnsomnia tedavi edilirken uzun süreli davranış değişikliklerine sebep olabilecek kısa süreli farmakolojik tedaviler uygulanmalıdır.

Kaynaklar:

1. Neubauer DN. Sleep problems in the elderly. Am Fam Physician 1999; 59: 2551-60.
2. Ulusoy Kaymak S., Peker S., Şahin Cankurataran E., Soygür AH. Yaşlılarda uyku sorunları. Akad Geriatri 2010; 2: 61-70.
3. Espiritu JR. Aging-related sleep changes. Clin Geriatr Med 2008; 24: 1-14.

5. Akademik Geriatri 2012

5. Geriatri Hemşireliği Kursu 2012

Konuşma Metinleri

Aktif Yaşlanma ve Nesiller Arası Dayanışma

Prof. Dr. Nuran Akdemir
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dünya genelinde; doğurganlık hızının azalması ile öncelikle çocuk nüfusta, ardından da genç ve orta yaşlı nüfusta beklenen azalmayı takiben hem oransal, hem de sayısal olarak yaşlı nüfus artmaktadır (1). Dünyada 1950 yılında 60 yaş ve üzerindeki kişi sayısı 200 milyon iken, 1970 yılında bu rakam 291 milyona, 2000 yılında 605 milyona ulaşmıştır. Bu rakamın 2025 yılında 1.2 milyona, 2050 yılında ise 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (2). Ülkemizde ise 2010 yılında %10.76 olan üretim faaliyetlerine katılmayan 65 yaş ve üzeri nüfusun gelecek yıllar içerisinde katlanmaya devam edeceği öngörülmektedir (3). Yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki payının 2025 yılında %10'a ulaşacağı ve 2050 yılında da %20 olacağı tahmin edilmektedir (2). Nüfus yaşlanması, sağlıktan sosyal güvenliğe, çevre ile ilgili konulardan eğitime, iş olanaklarına, sosyal-kültürel faaliyetlerden aile hayatına kadar toplumu bütün yönleri ile etkilemektedir (1, 4-6).

Fizyolojik bir süreç olan yaşlılık, bireylerin aktivite seviyesini ve fonksiyonlarını azaltabilen veya sınırlayabilen, sosyal ve fiziksel anlamda ve değişik derecelerde bağımlılığa yol açabilen bir dönemdir. Yaşam süresinin uzaması, aile yapısının ve sosyal ilişkilerin değişmesi, teknolojik olanaklar nedeni ile aktivite düzeyinin azalması ve sedanter yaşam, yaşam şartlarının ortaya çıkardığı yoğun stres, yaşlı nüfusta yaşlılığa bağlı problemlerin ve kronik hastalıkların artmasına, dolayısıyla bağımlılığa neden olmaktadır (6).

Bağımlı nüfus olarak adlandırılan yaşlı nüfusun genel nüfus içinde artış göstermesi ekonomik yaşam, aile yaşamı, sosyal yaşam alanlarında da sorunlara yol açmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki yaşlı nüfusun hızlı artışı ile yaşlı bireyler, aile ve yakın çevre tarafından sağlanan sosyal destek, yaşlanma sürecine uyum, yeterli gelir, emeklilik ve barınma gibi alanlarda sorunlar yaşayabilmektedir. Bireysel düzeyde yaşanan sorunlar sağlık sektörüne yansıyarak sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma, sağlık harcamalarının karşılanması, sosyal güvenlik kurumlarının örgütlenmesi ve finansmanı, yeterli hizmet ve iş olanakları alanlarında sorunlara neden olmaktadır.

Sosyal uyum ve üretkenliğin sağlanması için sağlıklı ve aktif yaşlanan nüfusun teşvik edilmesi önemlidir. Bakımda, üretkenlikte bağımlılığın bireysel ve toplumsal düzeyde yarattığı sorunlar sağlıklı, başarılı ve aktif yaşlanma ile önlenebilir.

Yaşlı bireylerin ve ailelerinin sorunlarla karşılaşmasının toplumsal ve sosyal olarak olumsuz sonuçlarını önlemek için "aktif yaşlanma" yaklaşımı önem kazanmaktadır (1, 6-8). Bu hedefe yönelik çabalar "sağlıklı yaşlanma", "başarılı yaşlanma" ve "aktif yaşlanma" şeklinde ele alınmaktadır.

"Sağlıklı yaşlanma" olgusu 1999 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından ele alınmış, 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedefleri arasına "sağlıklı yaşlanma/yaşanan yıllara yaşam katılması" yaşlı bireylerin daha sağlıklı yaşlanmaya ve toplumsal üretkenliğe daha fazla katılmaya olanak bulması vurgulanmıştır. Bu hedefte özellikle iki nokta vurgulanmaktadır;

1. Yaşam beklentisinde ve 65 yaşında sakatlık olmadan en az %20 artış sağlanması,
2. Otonomi, öz saygı ve toplumdaki yerlerini sürdürebilmelerine olanak sağlayan ev ortamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen 80'li yaşlarda bireylerin oranının en az %50 artırılması. (8, 9).

Sağlıklı yaşlanma, sağlığın fiziksel, sosyal, ruhsal iyilik halinin; bağımsız yaşayabilme yetisinin; yaşam kalitesinin korunması ve daha iyi hale getirilmesi; ayrıca yaşam süreçleri arasında başarılı geçişlerin sağlanması için olanakların ömür boyu optimize edilmesi olarak tanımlanmaktadır (10).

Dünya Sağlık Örgütü her yaştan insanın sağlıklı, güvenli ve sosyal olarak aktif olabileceği bir yaşam tarzını sağlıklı yaşlanma olarak ifade etmektedir. Bütüncül bir kavram olan sağlıklı yaşlanmanın anahtar öğeleri; "sağlık/iyilik halini sürdürme ve yaşam boyu yaklaşımı" yaşlılıktaki sağlık düzeyinin geçmişteki sağlık alışkanlıkları/yaşam şekli üzerine temellenmektedir. Amaç, tüm insanlar için, yaşamın her evresindeki insanlar için sağlıklı yaşamı koruma ve sürdürme, insan ömründe sağlıklı olarak yaşanan yılları artırma, sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesini güçlendirme, aktif ve üretici yaşlanma, başarılı yaşlanma olanaklarını artırmaktır (11).

Aktif yaşlanma kavramı 1990'lı yıllarda Dünya Sağlık Örgütü tarafından benimsenmiş bir kavramdır. Sağlıklı yaşlanma kavramından daha kapsamlı bir süreç olan aktif yaşlanma ile sağlık bakımına etki eden faktörlerin farkındalığının sağlanması ve bireylerin yaşam kalitesini artırmak amacıyla sağlık, katılım ve güvenlik için fırsatların en üst düzeye çıkarılması hedeflenmektedir.

Bu anlayış, insanlara yardıma ihtiyaç duyduklarında yeterli koruma, güvenlik ve bakım hizmetleri sunarken, hayatlarını refah içerisinde sürdürmek için kendi potansiyellerini gerçekleştirme ve kendi ihtiyaç, istek ve yapabilirlikleri doğrultusunda topluma katılabilme olanağını tanımaktadır (8).

Aktif yaşlanma, bireylere ileriki yaşlarında sosyal güvenlik, sağlık ve toplumsal hayata katılım açısından fırsatlar sunarak yaşam kalitelerini ideal seviyelere çekmeyi hedefleyen bir sistem olarak değerlendirilmektedir. Yaşlı insanların çalışmaya devam edebilmeleri, sağlıklı kalmaları, topluma katkıda bulunmaya devam etmeleri için daha fazla fırsatın sunulmasını içermektedir. Bu noktada aktif olma kavramı, yalnızca fiziki anlamda aktif olma ve işgücüne katılma durumunu değil, sosyal ve kültürel katılımı da içeren daha geniş bir anlamı ifade etmektedir (8).

Avrupa Konseyi tarafından 2012 yılının "Aktif Yaşlanma ve Nesiller Arası Dayanışma" yılı olarak kabul edilme önerisi, Avrupa nüfusunun giderek yaşlandığı, yaşlı nüfusun artarken çalışma çağındaki nüfusun 2012'den itibaren azalmasının beklendiği bir dönemde gündeme gelmiştir. Yıl boyunca çalışma koşullarının iyileştirilmesi, sağlık ve güvenliklerinin sağlanması, yaşam boyu öğrenme olanaklarının geliştirilmesi ve yeterli sosyal korunma sistemlerinin sağlanması ile yaşlı insanların potansiyellerini kullanmalarını, böylece toplum ve iş alanına aktif katılımları amaçlamıştır. Ayrıca; bu yıl kapsamında yer alan faaliyetlerle, aktif yaşlanma konusunda farkındalığı artırma, iyi uygulamaların belirlenerek paylaşılması, karar vericilerin ve paydaşların aktif yaşlanmaya olanak sağlaması yönünde cesaretlendirilmesi de amaçlanmıştır (7, 12, 13).

Aktif Yaşlanma Belirleyicileri

Aktif yaşlanma bireylerin, ailelerin ve toplumların etkileri ve belirleyicileri aracılığıyla şekillenir. Aktif yaşlanma sürecini etkileyen faktörleri anlayabilmek politikaların oluşturulması açısından önemlidir. Aktif yaşlanma belirleyicileri; **kültür, cinsiyet**, **sağlık ve sosyal hizmet sistemlerine ilişkin belirleyiciler**, sigara kullanımı, fiziksel aktivite, sağlıklı yeme alışkanlığı, ilaç kullanımı gibi **davranışsal belirleyiciler**, biyolojik, genetik faktörler, psikososyal faktörler gibi **bireysel faktörlere ilişkin belirleyiciler**, güvenli ev, temiz su, temiz hava gibi **fiziksel çevreye ilişkin belirleyiciler**, yalnızlık, sosyal izolasyon gibi **sosyal çevreye ilişkin belirleyiciler**, gelir, iş yaşamı gibi **ekonomik belirleyicilerdir** (8).

Aktif Yaşlanma Belirleyicilerine İlişkin Politikalar

Yukarıda da sayıldığı gibi birçok faktörden etkilenen aktif yaşlanma uluslararası, ulusal, bölgesel ve yerel eylem gerektiren küresel bir olgudur. Yaşlanmaya ve yaşlı bireylere kitlesel bir yaklaşım sergilenmesi şimdiki neslin ve gelecek nesillerin nasıl bir hayat yaşayacağının belirleyicisi olacaktır (7, 8, 14). Aktif yaşlanma için politikaların çerçevesi ''Yaşlılar için Birleşmiş Milletler İlkeleri" tarafından yönlendirilir. Bunlar "**bağımsızlık, katılım, bakım, kendini gerçekleştirme ve onuru korumak**" tır (8).

Politika Çerçevesinin Üç Konusu: Sağlık, Katılım ve Güvenlik

Aktif yaşlanma yaklaşımı ile yaş ayrımcılığının ortadan kaldırılması ve yaşlı nüfusun farklılığının bilinmesi istenmektedir. Bunun için yaşlı bireyler ve bakım verenlerin çeşitli programlar planlama, uygulama ve aktif yaşlanma ile ilgili bilgi geliştirme faaliyetlerine ve değerlendirilmesine aktif olarak katılmaları gerekmektedir (8, 13).

İstihdam, eğitim, sağlık, sosyal politika/programlarının desteklenmesi ve sosyo-ekonomik, kültürel, manevi faaliyetlere bireylerin kapasiteleri, ihtiyaçları ve tercihlerine göre tam katılımlarının sağlanması üretken olarak topluma bir katkıda bulunmalarını sağlayacaktır (7, 8, 13).

Anahtar Politika Önerileri

Sağlık

Politika çerçevesinin ilk eylem konusu sağlıktır. Sağlık;

- Engelliliği, Kronik Hastalık ve Erken Ölümü Azaltmak ve Önlemek Amacıyla Yaşlı Bireyler Arasında Sağlığı Geliştirmek ve Kronik Hastalıkları Azaltmak için Yaşa Özgü Ölçülebilir Hedeflerin Oluşturulması,
- Sağlığı Yaşam Boyu Korumak için Hastalıkların Risk Faktörlerini Azaltmak,
- Uygun Ücretle, Ulaşılabilir, Kaliteli ve Yaşlı-Dostu Sağlık ve Sosyal Hizmeti karşılamak,
- Bakım Verenlere Eğitim Sağlanması alt başlıklarını içermektedir (8).
- Bu başlık altında tanımlanan hedeflere ulaşmak için;
- Yoksul ve azınlık grupların ekonomik nedenlerle hasta olmaması için sağlık düzeylerinin geliştirilmesine öncelik verilmeli,
- Yaşa özel tarama programları gerçekleştirilmeli,

- Yaşlı-dostu sağlık merkezleri ile engelliliğin başlaması veya ilerlemesi önlenmeli,
- Nesiller arası iletişim desteklenmeli, yaşlı bireylerin yardım grupları, mahalle ziyaretleri, telefon destek programları ile yalnızlık ve sosyal izolasyon riskleri azaltılmalı,
- Tütün kullanımı ulusal ve uluslararası düzeyde denetlenmeli ve yaşlı bireyler sigarayı bırakmaya teşvik edilmeli,
- Yaşa uygun aktivite planları yapılmalı,
- Aktif kalmanın önemi, sağlıklı beslenme, ilaçların doğru kullanımı konularında eğitim verilmeli,
- Temel sağlık hizmetlerinin (akut ve kronik) yanı sıra uzun vadeli bakım hizmetlerine uygun adil erişim sağlanmalı,
- Yaşlıya bakım verenler desteklenmeli,
- Sağlık ve sosyal hizmetlerde yaşlı ayrımcılığı ortadan kaldırılmalıdır (4-6, 8, 15).

1. Katılım

Yaşlılığa ilişkin politikaların temel eylemlerinden ikincisini oluşturan katılım, Yaşam Boyu Öğrenme Olanaklarının Sağlanması ve Ekonomik Faaliyetler ile Resmi ve Gayri Resmi İşler İle Gönüllü Faaliyetlerinde Yaşlı Bireylerin Katılımının Sağlanması hedeflerini ifade etmektedir (8).

Bu bağlamda bireyler yaşlılıkta kendilerine ve diğer yaşlı bireylere nasıl bakacakları, sağlık ve toplum hizmetlerine nasıl ulaşacakları ve bu hizmetleri nasıl etkin kullanacakları konularında eğitilmeli ve bireylere yaşam boyu öğrenme olanakları sağlanmalıdır (3, 8, 16). Yaşlılar kalkınmalarına yönelik bağışlar, gelir getirici projeler ve kredi başvurusunda gençlerle aynı olanaklara sahip olmalı, gönüllü aktivitelere katılma konusunda teşvik edilmeli, nesiller arası aktiviteler düzenlenmelidir (2, 7, 8, 17). Yaşlı bireyler, tüm bu çalışmalara ve yoksulluğun azaltılması çalışmalarına dahil edilmelidir.

2. Güvenlik

Yaşlılık politikalarının temel eylemlerinden üçüncüsü güvenlik; yaşlıların sosyal, mali ve fiziksel güvenlik hakları ve gereksinimlerine odaklanırken; yaşlıların korunması, güvende ve onurlu yaşaması, yalnız ve yoksul yaşlıların sosyal güvenlik ağlarınca desteklenmesi, güvenli olmayan ilaçlar ve tedavilerden korunması hedeflerini içermektedir (8, 18).

Dünyada Aktif Yaşlanmaya İlişkin İyi Uygulama Örnekleri

Aktif yaşlanma farkındalığının artması ile birlikte ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde aktif yaşlanma ile ilgili bir çok program ve politikalar oluşturulmaktadır. Aktif yaşlanma program ve politikalarına yönelik olarak dünyada gösterilecek pek çok uygulama örneği vardır.

Örneğin; Romanya'da "dezavantajlı gruplar için sosyo-tıbbi yardım" isimli proje ile yaşlı grubu da içine alan dezavantajlı grupların mediko-sosyal ağını güçlendirme amaçlanmakta; Avusturya'da kültürel engellerle baş edebilmeleri için yaşlı göçmenlerin entegrasyonuna yönelik danışmanlık, bilgi aktarımı faaliyetlerinin yürütüldüğü sosyal merkezler bulunmaktadır (7).

Hollanda'da, kamu çalışanları ile kurumsal bakım ve evde bakım profesyonelleri düşmelerin önlenmesi amacıyla kampanya çalışmaları yürütmektedir (10). Danimarka'da da benzer şekilde belediyeler düşmelerin önlenmesi ve düşmelere bağlı sosyal izolasyonun önlenmesi amacıyla 75 yaş ve üzeri bireyleri yılda bir kez evde ziyaret ederek genel sağlık, sosyal ilişkiler, konut durumu gibi konularda bilgi vermektedir (7).

Finlandiya'da 75 yaş ve üzeri bireylerin sosyal ve sağlık hizmeti ihtiyaçlarını değerlendirmek amacıyla bir hizmet programı geliştirilmiştir (7). İngiltere'de "Ücretsiz Kişisel Bakım" isimli bir program ile ev veya bakım evlerinde kalan yaşlı bireylere ücretsiz kişisel bakım uygulanmaktadır (7).

Norveç'de demanslı bireylerin bakımının hem profesyonel bakım verenler hem de ailedeki bakım vericiler tarafından sağlanması için araştırma ve eğitim faaliyetleri düzenlenmektedir (7).

Macaristan'da 2002 yılında başlayan bir proje ile bilgi ve iletişim teknolojilerini yakalamak, yaşam boyu öğrenmeyi sağlamak amacıyla bilgisayar ve internet kullanmayı yaşlılara öğretme hedeflenmiştir (19). Almanya'da da hükümet, sosyal ortaklar, vakıflar ve şirketler tarafından yürütülen bir proje ile yaşlı çalışanlara daha fazla eğitim fırsatı, eğitim ve öğretim faaliyetleri gerçekleştirmek için önemli bir araç olarak internetin rolü vurgulanmaktadır (7).

Ülkemizde Aktif Yaşlanma Politikaları

Ülkemizde de devlet, vakıflar, sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimler aktif yaşlanmaya ilişkin politika, düzenleme ve programlar geliştirmektedir.

Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun koordinatörlüğünde 2008 yılında gerçekleştirilen "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" için gerçekleştirilen çalıştayda aktif ve sağlıklı yaşlanma ile ilgili çeşitli maddeler ele alınmıştır.

Yaşlılar ve kalkınma başlığında;

- Topluma ve kalkınma sürecine aktif katılım,
- İş ve yaşlanan işgücü,
- Kırsal kesimde kalkınma, göç ve kentleşme,
- Bilgiye erişim, eğitim ve öğrenim,
- Kuşaklar arası dayanışma,
- Yoksulluğun ortadan kaldırılması,
- Sosyal koruma/sosyal güvenlik, gelir güvenliği ve yoksulluğun önlenmesi konuları ele alınırken;
- Yaşlılıkta sağlık ve refahın artırılması başlığında;
- Yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve refahın artırılması,
- Sağlık ve bakım hizmetlerine tam erişimin sağlanması,
- Bakım hizmeti verenlerin ve sağlık çalışanlarının eğitimi,
- Yaşlıların ruh sağlığı gereksinimleri, yaşlılar ve yeti yetersizliği konuları ele alınmıştır.

Son başlık olan olanaklar sunan, destekleyici ortamların sağlanmasında ise;

- Konutlar ve yaşanan alanlar,
- Bakım ve bakım verenlerin desteklenmesi,
- İstismar, ihmal ve şiddet ile yaşlanmaya bakış açısı konuları ele alınmıştır (16).

Aktif yaşlanmayı sağlamak için Sağlık Bakanlığı'nın "Tütün Kontrolü Ulusal Eylem Planı" (2008) hedef, strateji ve programı mevcuttur. Bu program ile sigaranın kapalı yerlerde, kafe ve restoranlarda içilmesinin yasaklanmasıyla pasif içiciliğin önüne geçilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca gençlerin tütün mamullerine ulaşabilirliklerinin azaltılması ile genç dönemlerden itibaren aktif yaşlanmanın desteklenmesi sağlanabilecektir. Yine tütün kullanımını kontrol altına almak, farkındalığı artırmak amaçlı eğitim faaliyetlerinin yapılması hedefler arasındadır. Mevcut kullanıcıların sigarayı bırakmalarını sağlamak için ''ALO 171 Sigarayı Bırakma Hattı" uygulamaya geçmiştir (20).

Sağlıklı beslenmeye ilişkin olarak ''Obezite İle Mücadele Programı Ulusal Eylem Planı" (2010) mevcuttur. Bu doğrultuda obezite ile mücadele danışma kurulu oluşturulması planlar arasındadır. Politika ve bütçe programları, okul ve iş yerlerinde sağlıklı besinlere erişim imkanlarının sağlanması, ülkemizde obezite sıklığının belirlenmesini, fiziksel aktivite imkanlarının artırılması, enerji içeriği yüksek ürünlerde uyarıcı yazıların yer alması obezite ile mücadelede planlar arasındadır (21).

Ayrıca, belediyelerin son zamanlardaki faaliyetleri ile hemen hemen her mahalle veya parkta spor aletlerine rastlamak mümkündür. Bu tür düzenlemeler de aktif bir yaşamı ve beraberinde aktif yaşlanmayı sağlayacaktır.

Nesiller Arası Dayanışma

Bu yıl ele alınan temanın bir diğer amacı da nesiller arası dayanışmayı güçlendirmektir. Günümüzde aile yapısının değişmesi gibi pek çok sosyolojik faktörler nedeni ile aile içinde yaşlının konumu değişmekte ve kuşaklararası ilişki ve dayanışma zayıflamaktadır. Yaşlanma birey ve toplum tarafından başarı olarak değil bir tehdit olarak algılanmaktadır. Ayrıca, artan yaşlı nüfus, çalışan genç nüfus üzerinde yük olarak algılanmaktadır. Geçmişten farklı olarak günümüzde yaşlanan nesil önceki nesillere göre daha sağlıklı ve aktif olma eğilimdedir. Yaşlı kuşağın çok değerli bilgi, deneyim, kültür birikimlerinin genç kuşaklara aktarılması için nesillerarası dayanışma önemlidir. Ayrıca, aktif yaşlanma ile ileri yaşta üretkenliğin devam ettirilmesi dolayısıyla çalışan genç nesil üzerinde yük olmanın önlenmesi hedeflenirken, nesiller arası dayanışma ile de yaşlı bireylerin deneyim ve yeteneklerinin genç kuşaklara aktarımını sağlaması hedeflenmektedir (12).

Hemşirenin Rolü

Yukarıda belirtilen aktif yaşlanma hedeflerine bakıldığında hemşirenin koruyucu, geliştirici, erken tanı, tedavi ve rehabilitasyon aşamalarının her birinde yeri olduğu görülmektedir. Hemşire eğitici rolü ile bireylere sağlıklı yaşam, sağlıklı beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivitenin önemi konularında bilgilendirmelidir. Hemşire danışmanlık ve eğitici rolü ile bireylerin temel sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacağını anlatmalıdır. Hemşire, bireylerin hastalıklar ve risk faktörlerinden korunması, güvenli ev ortamının sağlanması, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitenin önemi, güvenli ilaç kullanımı, sosyal izolasyonun önlenmesi, güvenli fiziki koşulların sağlanması, yaşlı politikalarının oluşturulması, sağlık hizmetlerine eşit, kolay ulaşımın sağlanması için bakım verici, eğitici, araştırıcı, yönetici, karar verici, savunucu rollerini gerçekleştirerek sağlıklı ve aktif yaşlanma konusunda önemli görevlerini yerine getirir (8, 22).

Hemşire tüm bu rollerini yerin getirirken bütüncül bakımı sağlamak için sistemik değerlendirme yapmalıdır. Kapsamlı bir öykü ve geriatrik değerlendirme ile yaşlı bireyin sorunları ve öncelikleri, fonksiyonel durumu, sağlık bakım gereksinimleri, çevresi, çevresi ile etkileşimi ve bakımda hedefleri belirlenmelidir. Belirlenen sorunlar ve sağlıklı yaşam hedeflerine yönelik olarak hemşirelik tanısı koyarak yapacağı hemşirelik uygulamalarına temel oluşturmalıdır. Hemşire uygulama sonrasında yaşlı bireyi değerlendirerek gereksinimler doğrultusunda yeniden düzenlemeler yapmalıdır (22).

Hemşire, yaşlı bireye sunacağı sağlık hizmetinde yaşlı bireyin kendine bakabilmesi için mevcut kapasitesini en iyi düzeyde kullanmasını sağlamayı amaçlamalıdır. Bu amaçla geriatri hemşiresi yaşlı bireyin yaşam kalitesini artırmayı, fonksiyonel durumunu geliştirmeyi ve iyilik halinin geliştirilmesini hedefleyerek aktif kalmasına olanak sağlayacak planlama ve uygulamalarda bulunmalıdır (22).

Sonuç

Yaşlılık, sadece insanların uzun yaşadığı ve sağlıklı olduğu, emekliliklerinde daha fazla gelir elde ettiği bir duruma karşılık gelmemektedir. Bunlarla birlikte, toplumdaki diğer gruplarla sosyal ilişki kuran ve topluma entegre, yaşadığı çevreye ilişkin öneri ve beklentileri olan bir bireyler olarak değerlendirilmelidir. Yaşlılık, insanların özgürce kendilerini ve ilgilerini geliştirdikleri bir süreç olarak düşünülmelidir. Böylece, politik, ekonomik ve sosyal çevreler yaşlılığı bir imkan olarak algılayıp bireylere kaliteli yaşlanma olanakları sunmalıdır (14).

Toplumun yaşlanmasına ilişkin yapılacak planlamalar, ekonomik ve sosyal ilişkilere, yeme, içme, barınma gibi temel ihtiyaçlara, sağlık, ulaşım, eğitim hizmetleri gibi tüm fiziksel ve sosyal mekana ilişkin yaşam tasarımının/imkanlarının yeniden düşünülmesi ve değişmesi anlamına gelmektedir (14).

Yaşlılık için üretilecek politikalar sadece yaşlılar için geçerli olmamalıdır. Yaşlılık politikaları, aileler, mevcut genç nesil ve intrauterin hayatı kapsayacak şekilde gelecek nesiller için olanakları da kapsamalıdır. Böylece, yaşlılık politikası üreten toplum bireylerin geleceğini de tasarlayarak onlar için kaliteli yaşama ve kaliteli yaşlanma imkanları da üretmiş olacaktır (8,14).

Sonuç olarak, yaşlılık/yaşlanma için geliştirilecek öngörü ve politikalar, bireylere sadece yaşlandıklarında sağlık hizmeti vermeyi planlayarak, tek başına emekli aylıklarını artırmayı vaat ederek, sadece kişi başına düşen geliri artırmaya çalışarak, huzurevleri inşa ederek, ömrü uzatma çabalarını destekleyerek, genç ve dinamik bir nüfusa sahip olmakla övünerek gerçekçi ve kapsayıcı olamaz. Yaşlanma ve yaşlılık için geliştirilecek planlamalar, bireylere sosyal, kültürel ve eğitsel kaynakları kullanma olanağı, yeterli düzeyde gelir, kapsayıcı sağlık ve bakım hizmetleri, tüm toplumsal mekanlarda ve sosyal imkanlarda karar verme, özgür seçim yapabilme ve bireyleri toplumsal yaşamın gereklerinden engellemeyen politikalardan oluşmalıdır (8, 14, 16).

Kaynaklar

1. Bilir N. (2006). Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni, 25(3): 1-6.
2. Word Population Data Sheet. http://www.prb.org/pdf11/2011population-data-sheet_sp.pdf.
3. Türkiye İstatistik Yıllığı 2010. http://www.tuik.gov.tr/Start.do TÜİK
4. Courtney M, Tong S, Walsh A. (2000). Acute-care nurses' attitudes towards older patients: A literature review International Journal of Nursing Practice 6(2): 62–69.
5. Çilingiroğlu, N., Demirel, S. (2004). Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. Türk Geriatri Dergisi, 7(4): 225–230.
6. Soyuer F, Ünalan D, Güleser N, Elmalı F. (2010). Sağlık Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları Ve Bu Tutumların Bazı Demografik Değişkenlerle İlişkisi. Mersin Üniv. Sağlık Bilim Dergisi, 3(2):20-25.
7. Corsi M. ve Lodovici S Koordinatörler. Active Ageing and Gender Equality Policies: The employment and social inclusion of women and men of late working and early retirement age. Italy, 2010.
8. World Health Organization. Active Aging A Policy Framework. Spain, 2002.
9. Samancıoğlu S, Karadakovan A (2010). Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(13): 125-141.
10. Aydın Z. Toplum ve Birey için Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçiminin Rolü(2006). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 13(4):43-48.
11. Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR. Medical-Surgical Nursing: Assessment and Managemenr of Clinical Problems. Mosby Company. St.Louis: 2004.
12. European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=977&langId=en
13. T.C. Avrupa Birliği Bakanlığı Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerarası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu, Ağustos 2011, Ankara.
14. Arun Ö. (2008).Yaşlı Bireyin Türkiye Serüveni: Kaliteli Yaşlanma İmkânı Üzerine Senaryolar. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7(2): 313-330.
15. Michael YL, Green MK, Farquhar SA. (2006). Neighborhood Design and Active Aging. Health and Place, 12: 734-740.
16. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem. www.dpt.gov.tr/docobjects/download/2230/eylempla.pdf

17. Ehlers A, Naegele G, Reichert M. Volunteering by older people in the EU. Publications Office of the European Union, 2011.
18. Dill J, Neal M, Shandas V, Luhr G, Adkins A, Lund D. (2010). Demonstrating the Benefits of Green Streets for Active Aging: Final Report to EPA.
19. Global Action On Aging. http://globalaging.org.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2010.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı, Ankara, 2010.
22. Akdemir N, Akyar İ. (2009). Geriatri Hemşireliği. Akademik Geriatri Dergisi, 1 (2): 73-81.

Göz Ardı Edilen Geriatrik Sendromlar Yaşlı Bireylerde Uyku Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı

Öğr. Gör. Dr. İmatullah Akyar
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yaşlılık döneminde fiziksel sağlık, fonksiyonel durum, psikososyal durum, bilişsel durum ve sosyal iletişim ile kullanılan ilaçlar ve yaşanılan ortam yaşlı bireylerin yaşam kalitesinde azalmalara neden olmaktadır. Yaşam kalitesi alt başlıkları altında ele alınan uyku ve dinlenme bu dönemde etkilenen alanlardan biri olmaktadır[1,2].

Yaşlanma ile uykudaki fizyolojik değişiklikler; uyku bölünmelerinin artması, toplam uyku süresi, uyku yeterliliği (uyku süresinin yatakta geçirilen süreye oranı) ve kalitesinin azalmasıdır. Yaşla birlikte uyku evreleri, uyunan süre ve zaman değişmektedir[3-5].

Erişkinlerde 7.5 saatlik gece uykusu yaşlılarda azalarak 4.5-5 saate iner, uykuya dalma süresi uzar, uyku başlangıcından sonra uyanma süresi kısalır, uyanma sıklığı ve yatakta geçirilen süre artar, uyku hafif ve yüzeyeldir, gündüz uykululuğu artmıştır[4,6,7].

Uyku evrelerinin dağılımı yaşla birlikte değişiklik göstermektedir. Yaşlıda REM uyku süresinde belirgin değişiklik olmamakta, NREM evre 3-4 uykusunda azalma gerçekleşmektedir. Yetişkinlerde %5 oranında olan NREM evre 1 uykusu yaşlılarda %12-15'e çıkar. NREM evre 2 uykusunun tipik özellikleri uyku iğçikleri ve K kompleksleri de yaşla azalma gösterir. Derin uyku olarak bilinen NREM evre 3-4'de azalma 20'li yaşlarda başlar ve yaşlılıkta en üst düzeye ulaşır. Derin uyku oranı 60 yaşta %10'a düşer, 75 yaşta NREM evre 4, 90 yaşta NREM evre 3 tamamen kaybolur. Yaşlılarda REM latansı ve REM süresi azalmıştır. Ancak genel uyku süresinin azalmasına rağmen REM uyku yüzdesi korunmuştur. Gece boyunca her 90 dakikalık periyotta REM uykusunun süresi her 10 yılda 28 dakikalık bir azalma göstermektedir[6,8,9].

Yetişkinlerde %95 olan uyku yeterliliği yaşlı bireylerde %80'nin altına iner, uyku latansı uzar, toplam uyku süresi kısalır, erken uyanma nedeniyle gün içinde uyuklamalar olur[9].

İlerleyen yaşlarda uyku ve cinsiyet üzerine yapılan çalışmalarda kadınların daha iyi uyudukları; derin uykunun erkeklere oranla kadınlarda daha iyi korunduğu, menopoz ile total uyku süresi ve REM uyku süresinde azalma, uyku latansında uzama olduğu saptanmıştır[4,10].

Yaşlı bireylerde oluşan değişiklikler uyku-uyanıklıktan sorumlu yapıların dejenerasyonu ve sirkadyen ritimden sorumlu suprakiazmik çekirdek dejenerasyonuna da bağlanmaktadır. Suprakiazmik çekirdek yaşlanmasına bağlı olarak melatonin salınımı azalmakta, pik seviyelere akşam saatlerinde ulaşmakta ve erken uyku fazı sendromu ortaya çıkmaktadır. Uykunun başlangıç saati 60 yaşından itibaren her 10 yılda 1 saat geriye çekilmekte, bu nedenle yaşlılar yatağa erken girme (19.00-20.00) ve sabah erken uyanma (04.00-05.00) eğilimi göstermektedir[8-11]. Sirkadyen ritim değişiminin lenste oluşan kalınlaşma ile absorbe edilen ışık miktarının azalmasının da etkilediği düşünülmektedir. Bu değişim nedeniyle 60 yaşına gelen birey 20 yaşında aldığı ışığın ancak 1/3'ünü alabilmektedir. Ayrıca yaşın ilerlemesi ile oluşan katarakt, glokom, makuler dejenerasyon ve diyabetik retinopati gibi hastalıklar da ışık alımını etkilemektedir[5,12].

Yaşlı bireyde görülen uyku sorunları bireyin fiziksel, psikolojik ve bilişsel sağlık problemleri yaşamasına, öz bakım aktivitelerinin ve tedavi planının etkilenmesine yol açmaktadır[5].

Yetersiz ve kalitesiz uykunun ağrı eşiğinin azalmasına ve insülin direncinin artmasına, yaşam süresinin kısalmasına, hipertansiyon, kalp hastalığı, inme, kanser sıklığının ve intihara yatkınlığın artmasına, endokrin fonksiyonlarda değişime, katil hücre aktivitesinde ve interlökin üretiminde azalma ile bağışıklık sisteminde zayıflık ve hastalıklara yatkınlığın artmasına neden olduğu saptanmıştır[5,11,12].

Tedavi edilmemiş uyku sorunları düşmeler, araç kazaları gibi ciddi yaralanma ve kaza riskini 4.5 kat artırmakta ve bunlara bağlı olarak ölüm riskini de artırmaktadır[5]. Kawamoto ve Doi çalışmalarında uyku sorunun (özellikle gündüz uyuklama ve gece uyanıklık kalma) düşme için önemli bir risk faktörü olduğunu saptamışlardır[13].

Uyku sorunları ayrıca yaşam kalitesi ve doyumunda düşme, gün içinde uyuklama, konsantrasyon ve üretkenlikte azalma, bilişsel-psikolojik-sosyal fonksiyonellikte azalma, depresyon, anksiyete ve duygusal gerginlik yaşanmasına neden olmaktadır[4,5,13]. Altena ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında uyku sorunu yaşayan yaşlı bireylerin tepki sürelerinin ve basit işleri yerine getirmede sağlıklı yaşlı bireylere göre yavaşlama olduğunu saptamışlardır[15].

Uyku sorunları nedeniyle yaşanan fiziksel, psikolojik ve bilişsel sağlık problemleri yaşlı bireyin öz bakım aktivitelerini yerine getirmesinde sorunlara neden olmaktadır. Özbakım aktivitesini yerine getirmede zorlanan yaşlı bireyin bakım gereksiniminin artması evde bakım hizmetlerini ve bakım evi, huzurevi gibi kurum bakımı almasını gerektirmektedir. Yaşlı bireyin kurum bakımı almasında bakım verenin zorlanması, uykusunun sık sık bölünmesi ve uyku kalitesinde azalması da etkili olmaktadır[5,11-13]. McCall uyku sorunun %20.4 ve %52 oranı ile yaşlı bireyin huzurevine yerleştirilmesinde bakım verenler tarafından ilk sırada belirtilen bir sorun olduğunu ifade etmektedir[16].

Uyku sorunları ayrıca tedavi amacıyla hipnotik ilaç kulanım sıklığını artırmakta, kullanılan hipnotik ilaçlar yaşlı bireylerin uykusunu düzenlemede etkili olamamakta, dikkat eksikliği, tepki süresinde uzama, hafızada bozulma gibi etkilerle düşme ve kaza riskini artırmaktadır[11-13,17].

Yaşlılık döneminde yaşanan uyku sorunları; yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin azalmasına, sağlık hizmetlerini kullanma sıklıklarının artmasına, aile ve sosyal yaşama katılımın azalmasına neden olmaktadır[11,12].

Yaşlı bireylerde yetersiz ve kalitesiz uyku yol açtığı sorunlar açısından oldukça önemlidir. Sağlık ekibinin sürekli hizmet veren, sorunları ilk saptayan, ilaç kullanım kararını doğrudan etkileyen ve pek çok non-farmakolojik tedavi yaklaşımlarını etkin olarak uygulayan üyesi hemşirelerin yaşlılık döneminde uyku özelliklerini tanımlaması ve uygun yaklaşımları geliştirmesi önemlidir[18].

Yaşlılık Döneminde Uyku Sorunlarına Hemşirelik Yaklaşımı

Temel insan gereksinimlerinden biri olan "uyku" pek çok hemşire kuramcı tarafından ele alınmıştır. Temel insan gereksinimlerini tanımlayan Maslow fizyolojik gereksinimler içinde, hemşire kuramcılar Roper, Logan ve Tierney 12 günlük yaşam aktivitesi içinde, Henderson 14 temel gereksinim içinde, Abdellah 21 hemşirelik problemi içinde ve Gordon fonksiyonel sağlık örüntüleri içinde uyku gereksinime yer vermiştir. Bakım verdikleri bireyleri bütüncül yaklaşım ile ele alan hemşirelerin bireyi tüm yönleri ile değerlendirmeleri ve ele almaları beklenmektedir[19].

Hemşireler bireylerin uyku gereksinimlerinin değerlendirilmesi, uyku kalitesinin saptanması, akut ve kronik uyku bozukluklarının tanımlanması, tedavisi ve rahatın sağlanmasında anahtar rol oynarlar[1]. Hemşirelerden uyku sorununu belirleme, uykuyu etkileyen hastalık, tedavi, gelişimsel dönem, psikososyal durum, çevre özellikleri gibi faktörleri tanımlayabilmeleri, uyku kalitesini artırmak amacıyla yapılacak girişimleri belirlemeleri ve uygulamaları beklenmektedir[20].

Hemşirelerin uykuya yönelik girişimleri planlayabilmeleri için öncelikle uykunun özellikleri, fonksiyonlarını bilmesi ve bireye ait uyku düzeni, yatma zamanı, alışkanlıkları ve uyku sorununun nedenlerini değerlendirmesi ile ilişkilidir. Uyku fizyolojisi ve uyku sorunlarına yol açan faktörleri bilmek uyku kalite ve süre açısından değerlendirmeyi kolaylaştırmaktadır. Tıbbi, psikososyal yönlerden detaylı değerlendirmenin ardından hemşirelik bakımı planlanmaktadır. Hemşirelik bakım planı uygulanan tedavilerin etkileri ve yan etkilerini değerlendirme, etkileşimleri izleme gibi girişimlerin yanı sıra hemşirenin bağımsız olarak uygulayabileceği non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamasını da içermektedir. Bireyin uyku sorununu çözmek, uyku kalitesini artırmak amacıyla uykusuzluğa neden olan ve uykusuzluk yaratan faktörlerin tanımlanması, tedavi saatlerinin düzenlenmesi, uyku sorununa neden olan bireysel ve çevresel faktörlerin düzenlenmesi, gevşeme ve rahatlamanın sağlanması, dinlendirici ortam hazırlanması, gündüz aktivitelerinin artırılması, uyku hijyen ilkelerinin öğretilmesi ve normal uyku-uyanıklık döngüsünü koruma yapılacak hemşirelik aktiviteleri arasında sayılmaktadır[1,20,21].

Kaynaklar

1. Potter, A.P., Perry, A.G.(1997). *Fundamentals of Nursing*. England: Mosby Company.
2. Kutsal, Y., Arslan, Ş. (1999). Geriatride Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Geriatri* 2(4), 173-178
3. Arıoğul, S. (2006). *Geriatri ve Gerontoloji*. Ankara: MN Medikal&Nobel.
4. Chocroverty, S. (2000). *Sleep Disorders Medicine*. 2nd Edition. Boston: Butterworth Heinemanm.
5. Someren, van EJW. (2000). Circadian and Sleep Disturbances in the Elderly. *Experimental Gerontology,* 35, 1229-1237.
6. Bloom, HG., Ahmed, I., Alessi, C., Anconi-Israel, S., Buy-

see, DJ., Kryger, MH., ve diğerleri. (2009). Evidence Based Recommendations for the Assessment and Management of Sleep Disorders in Older Persons. *Journal of American Geriatrics Society,* 57, 761-789.

7. Yazgan, P. (2009). Yaşlıda Uyku Sorunu. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi,* 55(2), 67-8.
8. Göktaş, K., Özkan, İ. (2006). Yaşlılarda Uyku Bozuklukları. *Türk Geriatri Dergisi,* 9 (4), 226-233.
9. Kryger,MH., Roth, T., Dement, WC. (2000). *Principles and Practice of Sleep Medicine.* 3rd Edition. Philedelphia: Saunders.
10. Aminoff, MJ. (2008). *Neurology and General Medicine.* 4th edition. China:Churchill Livingstone Elsevier Inc.
11. Anconi-Israel, S., Cooke, JR. (2005). Prevalence and Comorbidity of Insomnia and Effect on Functioning in Elderly Populations. *Journal of American Geriatrics Society,* 53, 264-271.
12. Shochat,T., Martin, J., Marler, M., Anconi- Israel, S. (2000). Illumination Levels in Nursing Home Patients: Effects on Sleep and Activity Rhythms. *Journal of Sleep Research*. 9, 373-379.
13. Kawamoto, R., Doi, T. (2002). Sleep Problems As a Risk Factor for Fall in Community-Dwelling Older Persons. *Geriatrics and Gerontology International,* 2:16-22.
14. Kawamoto, R., Yoshida, O., Oka, Y., Takagi, Y. (2004). Risk Factors For Insomnia in Community-Dwelling Older Persons. *Geriatrics and Gerontology International,* 4, 163-168.
15. Altena, E., Werf van Y., Strijers, RLM., Someren, van EJW. (2008). Sleep Loss Affects Vigilance: Effects of Chronic Insomnia and Sleep Therapy. *Journal of Sleep Research,*17, 335-343.
16. McCall, VW. (2004). Sleep in the Elderly: Burden, Diagnosis, and Treatment. *Primary Care Companion Journal of Clinical Pscyhiatry,* 6, 9-20.
17. Kaymakçalan, Ş. (1982). Yaşlılık ve İlaçlar. *Türkiye Klinikleri,* 2(3):205-215.
18. Hoffman, S. (2003). Sleep in Older Adult: Implications for Nurses. *Geriatric Nursing*. 24(4),210-216.
19. Birol, L (2004). *Hemşirelik Süreci.* Altıncı baskı. Ankara: Etki Matbaacılık.
20. Özgür, G., Baysan, L (2005). Yaşlılarda Uyku Sorunu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 21(2), 97-105.
21. Akdemir, N., Birol, L. (2004). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset.

Yaşlılıkta Rehabilitasyon Süreci

Hem. Hülya Kayaoğlu
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Dahiliye Servis Sorumlu Hemşiresi

Yaşlılık rezerv biyolojik kapasitenin azalması ile karakterize fizyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal yönleri olan doğal bir süreçtir. Ülkemizde ve dünyada doğum oranları düşmekte, insan ömrü uzamakta yaşlı nüfus artmaktadır. 2050 yılında dünyada yaşlı nüfusun çocuk sayısının iki katı olacağı ve nüfusun %20 sini oluşturacağı öngörülmektedir(1).

Rehabilitasyon; hastalık, özürlülük, sakatlık gibi engellerin varlığında kişiyi işlevsel durumunun en üst seviyesine çıkarmak için yapılan çalışmaların tamamıdır.

Geriatrik rehabilitasyon; yaşlıda fizyolojik kayba ya da hastalığa bağlı gelişen fonksiyonel kötüleşmenin önlenmesi , en aza indirilmesi amacı ile verilen hizmetlerin tamamıdır.

Yaşlının Rehabilitasyonunda Amaç ;

- Organ ve fonksiyonların kapasitelerinin artırılması
- Sekonder problem ve fiziksel deformiteleri önlemek
- Koltuk değneği, baston, walker gibi yardımcı araçlara uyumu sağlamak
- Hastanede kalış süresini azaltmak
- En ekonomik ve en etkin şekilde yaşam kalitesini yükseltmek(2)

Rehabilitasyon Merkezleri

Hastaneler; yaşlı bireyin hastalıklarında tanı ve tedaviyi düzenleyen aileyi yönlendiren merkezlerdir.

Bakım merkezleri; özbakımını kendi yapamayan yaşlının bakımını üstlenen kurumlardır. İmkanları geniş yada sınırlı olabilmektedir.

Huzurevleri; korunması barınması gereken yaşlı bireyin ihtiyaçlarını karşılayan merkezlerdir.Gündüzlü yada yatılı hizmet alınabilmektedir.

Ayaktan rehabilitasyon merkezleri; genelde hastanelerin poliklinik bölümleri tarafından uygulanır. Avantajı yaşlı birey evinde yaşarken takip ve tedavi altında olmasıdır. Sosyal ilişkileri hastane çalışanları ve hastalar ile beraber daha da artar.

Evde rehabilitasyon programı; sıklıkla fizik tedavi ve hemşirelik hizmetinden oluşur. Avantajı yaşlının evinden kopmaması doğal ortamında gözlenebilmesi ve bakılabilmesidir.

Rehabilitasyon Hemşireliği

Rehabilitasyon hemşireliği ülkemizde yeni bir kavramdır ve henüz bu alanda istihdam yoktur. 2004 yılında rehabilitasyon hemşireliği ile ilgili çalışmalar bakanlık nezdinde başladı ancak yönetmenlik tamamlanıp uygulamaya geçilememiştir. Kronik hastalıklar, kazalar, savaşlar, yaşlı nüfusun artması gibi nedenlerle rehabilitasyon alanları artmış bu alanda çalışacak nitelikli iş gücüne ihtiyaç artmıştır. Temel hemşirelik eğitiminde ve mezuniyet sonrası programlarda daha fazla rehabilitasyona yer verilmiştir.

Avustralya Rehabilitasyon Hemşireleri Derneği(ARNA) , rehabilitasyon hemşirelerinin hedeflerini özbakımı artırma, bozulan fonksiyonları düzeltme, yaşam kalitesini artırma olarak tanımlamışlardır(2).

Rehabilitasyon Hemşiresinin Görevleri

- Bireyle, ailesiyle ve ekiple etkin iletişim kurmak, kordinasyonu sağlamak, iyi dinleyici olmak
- Birey hakkında veri toplamak, planlamak, uygulamak, değerlendirmek
- Birey ve aileye destek olmak
- Danışmanlık hizmeti vermek
- Bireyin konfor ve güvenliğini sağlamak
- Fizyolojik değişimleri izlemek ve kaydetmek(2)

Rehabilitasyon Hemşiresinin Özellikleri

- İletişim becerisi
- Rehabilitasyon bilgisi
- Hastalık bilgisi
- Eğitim becerisi ve kişiliğinde sabır olmalıdır(2).

YAŞLI HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yaşlıların fonksiyonel durumu ile genel sağlık durumları ve fizyolojik fonksiyon ve kapasiteleri rehabilitasyon ekibi tarafından ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

1-Genel Sağlık Durumu Değerlendirilmesi

Yaşlı birey için rehabilitasyon planı yaparken genel sağlık durumu, varsa kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar kaydedilmelidir. Görme, işitme, kardiyak performans, solunum fonksiyonları , kas gücü, eklemlerinin durumu, osteoporoz, zihinsel durumu, sosyo ekonomik koşulları saptanmalıdır. Program bu veriler üzerine yapılmalıdır. Barthel indeksi ile beslenme, transfer, giyinme, banyo, yürüme, merdiven çıkma, barsak ve mesane sorunları saptanır.Ağrı skalası ile ağrı derecesi tespit edilmelidir.Mini Mental Durum Skalası(MMSE) ile bilişsel durumu saptanır.SF-36 yaşam kalitesi ölçeğide kullanılabilir. Skalalar ile mevcut durum saptanır ve daha sonraki yeni değerlendirmelerde ilerleme gerileme durumu objektif olarak ortaya konabilir(3).

2-Fonksiyonel Durumun Değerlendirilmesi

Fonksiyonel durum değerlendirme skalası ile yaşam kalitesi, bağımsızlık seviyesi değerlendirerek kaydedilmelidir. Bu amaçla kullanılan skalalardan biri PULSES profilidir. PULSES, genel fonksiyonel performansın yanında mobilite, kendine bakım düzeyi, medikal durum ve psikososyal faktörler konusunda da fikir verir. Barthel indeksi kendine bakım ve mobilite ile sınırlıdır. Modifiye Barthel Indeksi (MBI) daha duyarlı ve güvenilirdir.Bu testin en yüksek puanı 100 'ü alan bireyin tamamen bağımsız olduğunu gösterir.Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (FIM), Barthelden farklı olarak iletişim, sosyal ve kognitif fonksiyonları da değerlendirir.Kognitif durumu değerlendirmede Mini Mental Durum Cetveli(MMSE) kullanılabilir(3).

Bu tür indeksler objektif ve duyarlı şekilde değerlendirme yapabilme yanında belli aralıklarla hastanın durumunu gözden geçirme gelişmeleri objektif olarak kaydedilmesini sağlar.

Yaşlı Bireyin Rehabilitasyonunda Önemli Konu Başlıkları

Bilinçli İlaç Kullanımı

Gelişmiş toplumlarda ilaç tüketiminin en az üçte biri yaşlı nüfusa aittir. İlerleyen yaşla beraber ilaçların vücuttaki etkileri değişir. Mide barsak hareketleri yavaşlar, vücudun yağsız kitlesi azalır, vücuttaki toplam su azalır, karaciğer küçülür kanlanması azalır, böbreğin kanlanması ve süzmesiazalmaktadır.Hücrelerin de ilaca cevabı yaşla birlikte değişmektedir. Çoklu ilaç kullanılması kaçınılmaz ise ilaç- ilaç, ilaç-besin ve ilaç hastalık etkileşimleri göz önünde bulundurulmalıdır. İlaçlar gazlı içecekler,meyve suları ile içilmemeli, ilaç kullanırken alkollü içeceklerden kaçınılmalıdır.Tüm ilaçlar bol su ile içilmelidir.

- Doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanmayınız
- İlaçlarınızı düzenli kullanınız
- Şikayetiniz geçse bile kendiliğinden tedaviyi kesmeyiniz
- İlaç etkileşimlerinden zarar görmemek için kullandığınız ilaçları ve bitkisel ürünleri mutlaka doktorunuza söyleyiniz.
- İlaçların fayda sağlamasını istiyorsanız doğru amaçla, doğru zamanda, doğru miktarda, doğru sürede kullanınız
- İlaçları uygun koşullarda saklayınız, stoklama yapmayınız, son kullanma tarihine dikkat ediniz.
- Haftalık ilaç kutuları yaşlı bireyler için pratik ve kullanışlıdır.
- İlaçları çocuklardan uzak tutunuz
- Beklenmeyen durum çıkarsa Farmakovijilans Merkezi 0 312 3095397 Zehir Danışma Merkezi 114 aranmalıdır(4).

Yaşlıda Ağız ve Diş Sağlığı

İleri yaşta görülen ağız hastalıklarının %95 ini diş plaklarının neden olduğu diş eti hastalıkları oluşturur. Plak uzaklaştırılmazsa diş eti hastalıkları , diş çürükleri, ağız kokusu, diş taşı birikmesi ve buna bağlı diş eti çekilmeleri görülür. Dişlerin çevresinde kemik kaybı ve diş eti çekilmesiyle ileri yaşta çok sık karşılaşılmaktadır.

Diş plağı ancak fırçalama ve diş ipi kullanımı ile uzaklaştırılır. Plak kaldırılmazsa 2 günde diştaşına dönüşebilir ve ancak doktor müdahalesi sonucu uzaklaştırılabilir.

Sigara, genel sağlık sorunları, ilaç kullanımı, stres, genetik faktörler, kötü beslenme diş eti hastalıklarına neden olan önemli faktörlerdir. Ağız ve diş sağlığı genel sağlığı etkilediği için düzenli diş doktoru kontrolleri ihmal edilmemelidir.

Diş Protezleri; hareketli protezler dişlerin bir kısmı veya tamamının eksikliğinde uygulanan protezlerdir.Alt ve üst tam dişsizlik durumunda protez doğal dişlerin sadece %20-30 u kadar işlev görür. Bu nedenle besinleri küçük lokmalar halinde koparıp uzun süre çiğnemek gerektiği unutulmamalıdır.

Protezin temizliği; iyi temizlenmeyen protezlerde renk değişikliği, diş taşı birikimi ve koku meydana gelir. Her yemekten sonra protezleri yıkamayı ve ağzı çalkalamayı alışkanlık haline getiriniz.Günde iki kez protezler fırça ve sabunla temizlenmelidir.Fırçalamadan sonra protezi temizlemek için üretilmiş suda eriyen tabletler kullanılabilir, toz ürünler aşındırma yapabildiği için önerilmemektedir.Protezin kayıp elden düşme ihtimali nedeniyle temizliğin plastik bir kap içinde yapılmasında fayda vardır. Protez ılık suyla yıkanmalı sıcak su kullanılmamalıdır.Dokularda ki kan akımının normale dönmesi

için protezler i günde 8 saat kullanmamak gerekir.Bu nedenle geceleri protezle uyunmaması , geceleri ılık suya bırakılması önerilmektedir.

Protezin ömrü en fazla 5-7 yıldır ve yılda bir protezler kontrol edilmelidir. Eksik dişleri olduğu halde protez kullanmayan kişilerde ağız dokularında kayıp, yer değiştirme ve dilin dişsiz bölgeye doğru büyümesi gibi istenmeyen etkiler görülebilmektedir(5).

Deri Sorunları ve Bakımı

Yaşlılık tüm organları etkilediği gibi deride de bir takım değişikliklere neden olmaktadır. Doğal yaşlanmada ortaya çıkan incelme, kuruluk, kabalaşma, kırışıklık, elastikiyetin azalması sonucu gevşeme sarkma, kahverengi lekeler , seyrek gri saçlar, ciltte iyi yada kötü huylu oluşumların görülme sıklığı artmaktadır.

Ter bezi sayısı azaldığı için terleme yaşla beraber azalır, derinin damarlanması azaldığı için yaşlılarda sıcak çarpması riski artar.

Deri kuruluğu(kserozis) kaşıntı nedenlerinin başında gelir. Deriyi nemlendirmek, banyo sonrası ilk 5 dakika içinde önemlidir. Sıcak banyo ve aşırı sabundan kaçınılmalı dır. Günümüzde insanlar yaşlılığın beraberinde getirdiği ciltteki değişiklikleri durdurmak yada geciktirmek istemektedirler. Bu amaçla cilt tipine uygun ürünlere erken yaşlarda başlanması, doğru beslenme, egzersiz yapma, güneşten korunma, antioksidan vitaminler kullanma deri yaşlanmasını geciktiren yaklaşımlardır(6).

Yaşlı Bireylerde Sağlıklı Beslenme

Sağlıklı beslenme yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen önemli konulardan biridir. Yaşam kalitesini artırmak için boya uygun beden ağırlığını korumak, obesiteyi önlemek önemlidir. Yaşlı bireyler yağlı ve saflaştırılmış karbonhidratlı besinleri azaltmalı, saflaştırılmamış tahıl ürünleri , kurubaklagiller, taze sebze ve meyve tüketimini artırmalılar.

Besinlerin yapısında doğal tuz bulunduğu için mümkünse tuz eklenmemeli tuz alımı azaltılmalı, posa tüketimi artırılmalıdır. Yağsız et, balık, yağı alınmış süt ürünlerini tercih edilmelidir. Izgara, buğulama, haşlama yöntemleri tercih edilmeli sık ve az beslenmeye özen gösterilmelidir. Yiyecekler taze tüketilmeli, işlenmiş gıdalardan kaçınılmalıdır.

Günde en az 2 lt. su içilmeli, yazın güneşten faydalanmaya özen gösterilmelidir. Kalsiyum ve D vitamini tüketimi artırılmalı ve fiziksel yönden aktif bir yaşam sürdürülmeye özen gösterilmelidir(7).

Yaşlılıkta Fiziksel Aktivite

Yaşlı bireylerde egzersiz kaliteli yaşam açısından çok fayda sağlamaktadır. Egzersiz yaşlı bireylerin yaşamdan keyif almasını, duygusal olarak kendini iyi hissetmesini, öz güvenin artmasını sağlar. Kas kemik bağlarını zayıflamasına engel olur, ağrıları azaltır.Eklemlerin ve vücudun esnekliğini artırır, yaralanma riskini azaltır, bağımsızlığı artırır. Kan basıncını, kolesterolü düzenler obesiteyi engeller ve metabolizmayı hızlandırarak konstipasyonu önler.

Egzersize başlamadan önce mutlaka sağlık kontrolünden geçmek gereklidir. Sağlıklı yaşam için önerilen 4 tür egzersiz vardır.Bunlar dayanıklılık, kuvvetlendirme, germe ve denge egzersizleridir.

Dayanıklılık egzersizi; büyük kasların kullanıldığı kalp ve solunumu güçlendiren aerobik egzersizlerdir. Yürüyüş, yüzme, dans etme, egzersiz bisikleti, çim biçmek gibi aktiviteleri kapsar.

Kuvvetlendirme egzersizleri, kas kaybını önlediği gibi kas miktarının da artmasını sağlar. Metabolizmayı düzenler, obesiteyi engeller, kan şekerini düzenler. Ağırlık kullanılarak yapılan direnç egzersizleri küçük ağırlıklarla 8-15 tekrarlı 2-3 set halinde yapılmalıdır. 3 saniye de kaldırılmalı, 3 saniyede ilk pozisyona dönülmelidir. Bu egzersizler haftada en az 2 gün, 30-40 dakika yapılmalıdır.

Denge egzersizleri; yaşla beraber düşme riski artmaktadır. Denge egzersizleri düşme riskini azaltan dengeyi korumayı artıran egzersizlerdir. Ayakta dururken, tek ayak üzerinde durulabildiği kadar uzun durulmalı, sonra ayak değiştirilmelidir. Parmak topuk yürüyüşü ve eller kullanılmadan sandalyeye oturup kalkma gibi egzersizleri dengeyi artırmaktadır.

Germe egzersizleri; esnekliği artırarak günlük işleri kolay yapmayı, dik ve düzgün durmayı sağlayan egzersizlerdir. Öncesinde mutlaka ısınma hareketleri yapılmalıdır. Germe yavaş hareketlerle, sabit kuvvetle yapılmalıdır.Germe egzersizleri 20-30 saniye süreyle 3-5 tekrar olacak şekilde toplam 20 dakika haftada 2 kez yapılmalıdır(8).

Yaşlı Bireylerde Cinsel Yaşam

Yaşlılar cinsel yaşamlarındaki sorunları çoğunlukla sağlık sorunu olarak algılamaz ve bunu doğal bir süreç olarak kabul ederler. Bu nedenle hikaye alırken seksuel sorunlar sorgulanmalıdır. Tedavide etken faktörü ortadan kaldırma, sigara, al-

kol, obesite, hiperlipidemi, hipertansiyon, diabet tedavi edilmeli diyet ve egzersiz konunda cesaretlendirilmelidir.

Yaşlanma ile seks hormonlarında meydana gelen değişiklikler erkeklerde ereksiyon kalitesini etkiler. Ereksiyon oluşması için daha uzun bir süre gerekmekte ve ereksiyondaki sertlik eskiye oranla daha az olabilmektedir. Ejekulasyonda daha güçsüz gerçekleşmektedir. Arteroskleroz, hipertansiyon, hiperlipidemi, diabet, sigara erektil disfonksiyon nedenleri arasındadır. Obesite kendisi değil ama neden olduğu sistemik hastalıklar bu duruma neden olmaktadır.Erkek hastalarda oral tedavi seçenekleri Sildanafil, Vardenafil, Tadalofil tedavide sıklıkla kullanılmaktadır.

Yaşlı kadın bireylerde ise menapoz sonrası değişen hormonlar nedeniyle sıklıkla vajinada meydana gelen kuruluk, kısalma ve daralma ağrıya neden olmaktadır. Bu durum cinsel birleşmeden alınan keyfi azaltan önemli bir sorundur. Kadınlarda vajinal kayganlığı sağlayıcı su bazlı jeller bu amaçla sıklıkla kullanılmakta ve fayda sağlanmaktadır.

Yaşlı bireylerin kullandığı tansiyon ilaçları, uyku ilaçları cinsel isteği ve ereksiyonu olumsuz etkileyebilmektedir.Aşırı alkol kullanımı da cinsel işlevi azaltan önemli bir etmendir.Toplumlar da artan bilgi düzeyi, yaşlıların cinsel hayatına daha normal gözle bakılmasını sağlayacaktır(9,10,11).

Yaşlı Bireylerde Çevre Düzenlemesi

Yaşlının yaşadığı ev düşme ve kaza riskini azaltıcı ergonomik ve konforlu olmalıdır. Yaşanılan çevrenin mimari düzenlemeleri ise belediyelerin hükümetin insiyatif alanıdır ve planlamaların bilinçli ve her birey için konforlu ve güvenli olacak şekilde organize edilmesi gerekmektedir.

Ev İçindeki Düzenlemeler

- Elektrik düğmesi yatak içinde ulaşılabilecek yerde olmalı
- Elektrik düğmeleri oda girişinde kolay ulaşılabilir yerde olmalı
- Koridor başında ve sonunda lamba açma kapama düzeneği olmalı
- Hol-tuvalet koridor aydınlatması kullanılmalı
- Elektrik kabloları yürüme alanında olmamalı
- Uzatma kabloları zorunlu ise yere değil duvara monte edilmeli
- Eşyalar yürüme alanına konmamalı
- Kaygan zeminlerde kaydırmaz kullanılmalı
- Kolay kayabilecek yolluk paspaslardan kaçınılmalı
- Küvet içinde kaydırmaz kullanılmalı
- Terlik giyilmemeli, ev içinde ayak bileğini destekleyen kauçuk tabanlı ayakkabı tercih edilmeli
- Klozet yanına ve banyoya tutunma barları yaptırılmalı
- Tutunma barları 4-5 cm. çapında, 90-100cm. yükseklikte olmalı
- Duş altına oturma sandalyesi konulmalı
- Mutfak rafları kolay ulaşılabilir yükseklikte olmalı
- Mutfak tezgahı 80-85 cm. yükseklikte olmalı
- Raflara ulaşmak için tabure merdiven kullanılmamalı
- Sandalye kolay oturup kalkılacak yükseklikte olmalı
- Telefon yatağa yakın yerde olmalı
- Telefon üzerinde ki rakamlar okunabilir büyüklükte olmalı
- Hafızalı telefonlar yaşlılar için kullanılabilir
- Acil telefonlar listesi yapılmalı, telefonun yanında bulundurulmalı
- Evde yangın alarmı olmalı
- Evde kullanılmayan eşyalar çıkarılmalı
- Ev iyi ısıtılmalı, gece ısısı 18.5derece olmalı
- Kapı tutamakları kolay çalışmalı, kapılar kolay açılmalı
- Yatak kenarında gözlük, ilaç, su, telefon vs. koyma düzeneği olmalı
- Yatak odasında giyinirken kullanılabilecek sandalye olmalı
- Kolay ayarlanabilir musluklar olmalı
- Mutfakta elektrikli aletler ocağa ve musluğa uzak olmalı
- Deterjanlar orijinal kutusunda saklanmalı
- İlaçlar orijinal kutusunda saklanmalı
- Haftalık ilaç kutuları kullanışlı ve pratiktir(12)

Ev Dışındaki Düzenlemeler

- Zemini bozuk kaldırım ve yollarda yürümeyi tercih etmeyin
- Karşıya geçişlerde mutlaka yaya geçitlerini kullanın
- Toplu taşımlarda dengenizi koruyun sıkı tutunun
- Toplu taşıtlara fazla paketle binmeyin bir eliniz daima serbest olsun
- Sürücüyseniz emniyet kemeri kullanın
- Çok yoğun trafikte ve gece mümkünse araba kullanmayın(12).

SAĞLIK TARAMALARI

Aktif, sağlıklı, mutlu bir yaşlılık dönemi için koruyucu sağlık ve erken teşhis çok önemlidir.

65 yaş üzeri için önerilen sağlık taramaları;

-Kan basıncı ölçümü

Rutin yıllık takip önerilmektedir.

Sistemik hastalık varsa tansiyon takibi daha sık olmalıdır.

-**Kolesterol taraması**

Kolesterol seviyesi normal olanlarda en az 5 yılda bir, sistemik hastalık varsa daha sık kontrol edilmelidir.

-Kalın bağırsak kanseri taraması

65-75 yaşları arası yılda bir gaitada gizli kan

5 yılda bir sigmoidoskopi

10 yılda bir kolonoskopi yapılmalıdır.

-Abdominal aort anevrizması

65-75 yaş arası sigara öyküsü bulunanlarda bir kez abdominal USG yapılmalıdır

-Diş muayenesi

Her yıl rutin muayene ve temizlik için diş doktoruna gidilmelidir.

-Göz muayenesi

Her 2 yılda bir glokom yönünden göz içi basıncı ölçümü yapılmalıdır.

-Aşılar

5 yılda bir pnömokok

Her yıl grip

10 yılda bir tetanoz-difteri yapılmalıdır.

-Osteoporoz

65 yaş üstü bireylerde kemik dansite ölçümü (KMD) yapılmalı

Ca ve D vitamini takviyesi yapılmalı

Parathormon düzeyi takip edilmelidir.

-Koruyucu genel tarama

65 yaş üstü yılda bir kez boy, kilo, bel çevresi, alkol, sigara, kullanılan ilaçlar, olası etkileşimler,yan etkiler, depresyon, motor bilişsel aktivite değerlendirilmeli ve işitme muayenesi yapılmalıdır.

-**Prostat kanseri**

65 yaş üstü erkeklerde PSA kontrolü

Her erkek aylık testis muayenesi yapmalı

Rutin yıllık üroloji takibi yapılmalıdır.

-**Diabet taraması**

Tansiyon 130/80mm Hg üzeri ise kalp ve diabet açısından taranmalıdır.

-**Meme kanseri**

65 yaş üzeri yılda bir doktor tarafından ayrıntılı meme muayenesi yapılmalı

2 yılda bir mamografi çekilmeli

Her kadın aylık meme muayenesi yapmalı sıra dışı durumda hemen doktora başvurmalıdır(13).

Sonuç

Sonuç olarak alternatifini göz önüne alırsak yaşlılık o kadar da kötü değildir. Hepimiz uzun ömür istediğimize göre yaşlılık istenilen bir durumdur. Kaliteli bir yaşlılık dönemi geçirmek için farklı öneriler vardır. Ünlü piyanist Eubie Blake 100. doğum gününde " Bu kadar uzun yaşayacağımı bilseydim, kendime daha iyi bakardım" demiş.

Uzun ve mutlu yaşamın sırları;

- Çevreniz ile yakın ve canlı bir ilişki sürdürünüz
- Yeni tecrübelere karşı açık fikirli olunuz
- Kişisel bilgilerinizi artırmak için istekli olunuz
- Başkalarına karşı ilgili olunuz
- El, zihin ve diğer becerileri sürekli kullanarak koruyunuz
- Çok uzun yaşayacağınızı farz ediniz
- İleri yaşların en güzel yıllarınız olacağını düşününüz
- Kendinizi iyi hissedeceğiniz hobiler, uğraşılar bulunuz
- Yaşamı çevrenizle paylaşınız
- Fiziksel olarak aktif olmaya çalışın ve spor yapın
- Bilinçli besleniniz
- Kötü alışkanlıklarınız varsa bırakınız
- Yaşama olumlu, yapıcı, esprili gözle bakınız
- Sağlık kontrollerinizi ihmal etmeyiniz
- Kazalardan korunmaya azami özen gösterip önlemleri alınız
- Sınırlarınızı zorlamayınız
- Evinizin düzenlenmesinde kendi konforunuzu düşününüz
- Her şeyi tek başınıza yapmaya çalışmayınız
- Başkalarına yardımcı olabilecek pek çok konu, size ihtiyacı olan pek çok insan var bunun bilincinde olunuz
- Dışarıda ki koskoca dünyanın farkında olunuz
- Gülmeyi önemseyin, sık sık gülün, kahkahalar atın
- Evinizde dostlarınızla birlikte hayvanlarınız, bitkileriniz olsun
- Aklınıza gelen işi anında yapın
- Düzenli uyuyun, dinlenin, sevişin
- Evlenin yada mutlu evliliğinizi koruyun
- Maneviyatınızı güçlü tutun
- İyimser olun
- Sevmekten korkmayın, herkesi her şeyi sevin
- Hergün evden çıkmak için bir neden bulun
- Geçmişe takılmayın, geleceğe umutlu bakın
- Problemleri dert etmeyin, başkalarıyla konuşun, tartışın, fikir alın
- Yaşlanma doğal ve evrensel bir süreçtir kabul ediniz(1,14)

"Yaş da sevgi gibidir, saklanamaz" Thomas Dekker

Kaynaklar

1. Kutsal Y G,"Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları" Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, GEBAM Yayını 2007,Ankara
2. Akdemir N,Akkuş Y,Rehabilitasyon ve Hemşirelik,Derleme,Hemşirelik Yüksekokulu Dergi-

si(2006)82-91
3. Koldaş Ş,Kutlay Ş,Geriatrik Rehabilitasyon,Derleme,Romatizma, Cilt 17,Sayı:3, 2002
4. Şahin G,Terken B,Bilinçli İlaç Kullanımı,Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam,GEBAM Yayınları,2007,Ankara
5. Başaran M,Hersek N,Nazlıel H,Ağız ve Diş Sağlığının Korunması, Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam,GEBAM Yayını,2007,Ankara
6. Karaduman A,Deri sorunları ve Deri Bakımı, Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, GEBAM yayını, 2007, Ankara
7. Aslan P,Yaşlılıkta Sağlıklı Beslenme, Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, GEBAM yayını, 2007, Ankara
8. İnanıcı F, Yaşlılık Döneminde Fiziksel Aktivite, Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, GEBAM Yayını, 2007, Ankara
9. İnci K, Cinsel Yaşam, Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, GEBAM Yayını, 2007, Ankara
10. Önderoğlu L, Bozdağ G, Menapoz ve Sonrası,Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, GEBAM Yayını, 2007, Ankara
11. Yaşlılıkta Cinsel Yaşam, GEBAM 2003,Ankara 156-162
12. Özcebe H,Yaşlı Bireylerde Güvenli Çevre, Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam,GEBAM Yayını,2007, Ankara
13. www.duzen.com.tr/her yaşta sağlık kontrolü/Aralık 2011
14. Müftüoğlu O,Nasıl Bir Yaşlılık İsterdiniz,Hürriyet Gazetesi,22 Ağustos 2011

Yaşlı Birey İle Çalışırken Uygulama Alanında Yaşanan Sorunlar

Uzm. Hemş. Hafize Demirok
Akdeniz Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları ABD

Günümüzde doğumdan sonra beklenen yaşam süresinin uzaması sonucunda yaşlı nüfusun toplam nüfus icindeki oranı artmaktadır (1,2). Sağlık hizmetlerinin en büyük kısmını tüketenlerin yaşlı bireyler olması nedeniyle yaşlı bireylere verilecek olan sağlık hizmetlerinin önemi de artırmaktadır (3). Yaşlı bireyin yaşam kalitesinin geliştirilmesinde, bireylerin gereksinimleri doğrultusunda, bireye özel olarak geliştirilmiş bir bakımla desteklenmeleri önemlidir. Araştırmalara dayalı veriler, yaşlı bireylerin bakımla desteklendiklerinde sonuçların iyi olduğunu göstermektedir (2,3). Yaşlı bireylerin yaşadıkları sorunların büyük çoğunluğuna yönelik bakım, hemşirelik uygulama alanı içinde yer almaktadır ve hemşireler çok çeşitli alanlarda giderek artan sayıda yaşlı bireylere bakım verme durumundadır. Ayrıca hemşireler kendileri de yaşlanmakta ve ailelerinde yaşlılıkla ilgili sorunlarla karşılaşmaktadır (2,3,4).

Yaşlılara yönelik bakımda hemşireler bakım verici, eğitici, danışman ve bakım koordinatörü rollerini üstlenmektedir. Hemşirelerin yaşlı bakımındaki rollerini etkin bir şekilde yerine getirebilmeleri için yaşlanma, yaşlanmaya bağlı fizyolojik, bilişsel, psikososyal ve ekonomik değişiklikler, yaşlılarda görülen kronik hastalıklar ve yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal destek hizmetleri konusunda yeterli bilgi ve deneyimlerinin olması, bilgi ve deneyimlerini sürekli eğitimlerle geliştirmeleri gerekmektedir (1,5).

Yaşlı bireylerin bakımında temel amaç bağımlılığı en aza indirmek ve bağımsızlığı en üst düzeye çıkarmaktır. Bu amaca ulaşmada, bakımın bireye özel olması ve bireyin duygusal, sosyal ve fiziksel yönlerini içerecek şekilde çok yönlü planlanması önemlidir. Gereksinimler bireysel olarak belirlenip uygun şekilde karşılandığında, yaşam kalitesi ve klinik bakım sonuçları en üst düzeye çıkarılabilir (2,3).

Yaşlı birey ile çalışırken uygulama alanında yaşanan sorunları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

Kronik hastalıklar; Yaşlı bireylerde sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon, kalp hastalıkları, diyabet, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kas-iskelet sistemi hastalıkları, demans-depresyon gibi ruhsal hastalıklar ve görsel, işitsel sorunlardır (6,7,8). İnsanlarda yaşlanmayla birlikte bir takım değişiklikler meydana gelmektedir. Fiziksel yönden, bütün fiziksel sistemlerde gerileme söz konusudur. Kronik hastalıklar, vücut direncinin düşmesi, beslenme bozuklukları, duyularda kayıplar gibi fiziksel sağlık problemi yaşlı bireyin yaşamını zorlaştırmaktadır (9). Yaşlı bireyde sık görülen hipertansiyon, diyabet ve diğer kronik hastalıkların tanısı, izlemi, tedavisi ve yönetimi, tansiyon ölçümü, diyet ve egzersiz uygulamaları gibi konularda eğitim, danışmanlık yapılmalıdır (6,7,8)

Yaşlılığa bağlı olarak enzim aktivitelerinin azalması, reflekslerin yavaşlaması, cevap zamanının uzaması, nöronlar arası bağlantının zayıflaması, kronik hipoksi, ilaçlar, hastalıklar sindirim sistemi sorunlarına, hareketlerin yavaşlamasına ve egzersiz toleransının azalmasına, algılama zayıflığına ve konfüzyona neden olabilmektedir. Hemşire bu değişiklikleri dikkate alarak yaşlıda beslenme, hareket, egzersiz ve algılama özelliklerini dikkate alarak eğitim ve bakım uygulamalarını planlamalıdır (6,7,8).

Yaşlanmayla birlikte insan bedeninin yapısında, fonksiyonunda ve biyokimyasında meydana gelen değişikliklere paralel olarak kaslarda, tendonlarda ve kemiklerde çeşitli değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlılarda kas kitlesi ve gücü azalmakta ve uyarılara tepki yavaşlamaktadır. Kemik kitlesi ve gücü de yaşlanmayla birlikte azalmakta, eklem yüzeyleri bozulmakta, ligamentler, tendonlar ve eklem kapsülleri esnekliğini kaybetmekte, özellikle beden ağırlığını taşıyan bel, kalça, diz eklemleri etkilenmektedir. Kas iskelet sistemindeki değişiklikler nedeniyle osteoporoz, kırıklar, kemik ağrısı, boyda kısalma, sırtta kamburlaşma, hareketlerde yavaşlama ve postur değişiklikleri görülebilmektedir. Bu değişiklikler yaşamı tehdit edici özellikte olmasa da, bireyin fonksiyon yetisini ve yaşam kalitesini etkileyebilmekte ve buna bağlı olarak yaşlı görünmesine yol açmaktadır (1,3,8).

Depresyon ve Yalnızlık; Yaşlı, sevilen birinin ya da akrabanın ölümü, işe yaramadığını hissetme, emeklilikle birlikte iş yaşamındaki çevrenin ve arkadaşlarının kaybıyla kendini yalnız hissetme gibi ruhsal sorunlar yaşamaktadır. Yaşlının yaşlılığa uyum sorunu yaşaması, yaşlılığa daha önceden hazır olmamasından kaynaklanmaktadır. Yaşlanma ile birlikte sosyal yaşam değişir ve yaşlı bireyin sosyal ilişkileri zayıflar. Bunun yanı sıra toplum üretici ve daha genç bireylere önem verdiğinden, tüketici konumuna geçen ve daha önceki rollerini yerine getiremeyen yaşlı, tek başına ya da kurumlarda yaşamaya başlar. Yapılan araştırmalarda, en fazla yaşanan duyguların, depresif duygular ve yalnızlık duyguları olduğu belirlenmiştir (10)

Yaşlılık dönemi depresyonlarında ortaya çıkan önemli sorunlardan birisi de tanı sürecinde yaşanan sorunlardır. Genç ve yetişkinlik dönemi depresyonlarına göre yaşlılardaki depresyonda tanı koymak daha zordur. Çünkü yaşlılık döneminde, hem hastalar hem doktorlar ortaya çıkan depresif belirtileri yaşlanmanın doğal sürecinin bir parçası olarak görebilirler. Örneğin, emeklilik döneminde işlevlere yönelik beklentilerdeki azalmaya paralel olarak depresyona bağlı ortaya çıkabilecek yeti yitiminin düzeyi tam olarak değerlendirilemeyebilir. Yaşlılar belirtileri nasıl dile getirebileceklerini sıklıkla bilmezler. Duygularını belirtmeye isteksizdirler. Bu yüzden daha çok bedensel yakınmalarla başvurular olur. Dolayısıyla hem hasta hem doktor tıbbi durum üzerine odaklanabilirler, bu da, depresyon tanısından uzaklaşmalarına yol açar (11).

Kazalar; Yaşlı bireylerde ayak sorunları, uygun olmayan ayakkabı, terlik giyme, yürüme ile ilgili gelişen motor değişimler, algılama değişiklikleri, hipertansiyon, kas zayıflığı, uykusuzluk, beceriksiz ve yavaş hareketlere ve kazaya neden olmaktadır. Düşme yaşlılar için çok önemli bir sağlık problemi olup, finansal olduğu kadar çok ciddi tıbbi sonuçlara neden olur. Düşmeler ve düşmelere bağlı yaralanmalar 60 ve üzeri yaş grubundaki bireylerde çok hızlı bir şekilde artmaktadır. Düşmelerin yaklaşık %50'si ev ortamında, günlük yaşam aktiviteleri sırasında, yatak odası ve banyo gibi en çok kullanılan alanlarda olmaktadır. Düşme riskini artırmada görme, denge ve bilişsel duruma ilişkin değişiklikler; kardiyovasküler sorunlar; idrar kaçırma; ilaçlar ve diğer fiziksel sorunlar rol oynayabilmektedir. Yaşın artmasıyla birlikte düşmelere bağlı olum hızı da artmaktadır (3,8). Yaşlı bireyler için en iyi hemşirelik uygulamaları kapsamında Düşme Riskini Belirleme Formları geliştirilmiştir. Bu formlarda hastaya ve çevresine ilişkin düşmeye yol açabilecek faktörler yer almaktadır (3,8).

Yaşlı bireyde kazaların önlenmesinde hemşire çevre düzenlemeleri, tansiyonun kontrol altına alınması, ilaçların yan etkisinin izlenmesi, konfüzyon, duyu ve motor bozukluklarının tedavisi, uygun giyinme, tutunma barlarının kullanılması, aydınlatmanın düzenlenmesi gibi önlemlerin alınmasında önemli rollere sahiptir (6,7,8).

Hijyen ;Yaşlı bireyde meydana gelen değişiklikler nedeniyle deri bakımı ve genel hijyenik bakım önemlidir. Deri altı yağ dokusu azaldığı ve deri elastikiyeti kaybolduğu için dekübit riski fazladır. Yaşlılarda dolaşım yetersizliği ve diyabet nedeniyle ayak bakımı özellikle önemlidir. İnceleme yaşlı bireyin görme kayıpları düşünüldüğünde başka biri tarafından da yapılmalıdır. Yaşlı bireylerde sık görülen infeksiyon hastalıklarından korunma ve hijyen önlemleri, erken tanı ve belirtilerin izlenmesi önemlidir (6,7,8).

Ağız sağlığı: Kişilerin fizyolojik ve fonksiyonel olarak iyi hissetmeleri açısından önemlidir. Çok ilaç kullanan yaşlı kişiler ağız sağlığı açısından sorun yaşamaktadırlar. Sistemik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar oral fonksiyonları etkilemektedir. Hastalıklardan kaynaklanan olası fiziksel kısıtlılıklar ve hastaneye yatış yaşlı kişilerin ağız sağlığı konusundaki duyarlılığını ve kendine bakım kapasitesini etkiler ve böylece ağız hijyeni olumsuz etkilenir. Bu nedenle hastane bakımı çok önem taşımaktadır. Ağız sağlığı, tahmin edilenden daha fazla günlük hayatı etkilemektedir. Geride kalan diş sayısının azalmasının ve ağız kuruluğunun yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ağız bakımı, kişinin kendini iyi hissetmesi ve yaşam memnuniyeti ile ilişkili olup, yaşam kalitesi ağız bakımı ve diş tedavisi için geçerli sonuç göstergesi olarak tanımlanmaktadır (12).

Beslenme: Yaşlı bireyin beslenmesi sindirim sisteminde değişim, ağız-diş sağlığında bozulma, hastalıklar, kullanılan ilaçlar, tat almada değişimler, aktivite düzeyinde değişim gibi faktörler nedeniyle etkilenmektedir. Yaşlı bireylerin beslenme rejimini zenginleştirmek, yemek sunumunu çekici hale getirmek, öğünleri sık sık ve azar azar sunmak, protezlerin ağız yapısına uygun olmasını sağlamak yaşlı bireyin beslenme düzeyini kontrol altında tutmak için yapılacak bazı hemşirelik uygulamalarıdır (6,7,8).

İnkontinans:Kadınlarda menopoz döneminde östrojen eksikliği sonucu ligamentlerin ve perine bağlarının gevşemesi ile; erkeklerde de prostat hipertrofisi nedeniyle mesanenin tam olarak boşalamaması nedeniyle sistit görülme sıklığı ileri yaşlarda artmaktadır (6,7,8). İdrar ve gaita kaçırma da önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (%3.7-26). Yaş-

la birlikte sıklığı artmaktadır. Genellikle hekimler tarafından sorgulaması yapılmamakta, hasta tarafından da utanma, yaşlılığın normal seyri, tedavi olamayacak olması nedeniyle gizlenmektedir. Oysa sosyal, fiziksel ve hijyenik boyutu nedeniyle yaşam kalitesini belirgin olarak etkilemektedir. Hem hasta hem de bakıcılarında, depresif belirti ve bulgulara da yol açtığı bilinmektedir. İdrar kaçırması olan kişilerin daha depresif oldukları ve sağlık algılamalarının kötü olduğu görülmüştür (12).

Nörolojik ve intestinal nedenlerle gelişen inkontinansa yönelik olarak hemşire yaşlı bireye düzenli tuvalet alışkanlığı kazanması, kasları güçlendirici egzersizler yapması, yaşam tarzını düzenlemesi ve yeterli hijyenin sağlanması gibi konularda eğitim ve danışmanlık yapmalıdır (6,7,8).

Egzersiz : Yaşlı bireyin yorucu olmayacak düzeyde günlük harekete, düzenli egzersiz programına ve dinlenmeye gereksinimi vardır. Kronik hastalığı olan yaşlıların yaklaşık yarısında aktivite sınırlılığı vardır. Yaşlı bireylerin kas koordinasyonunun ve gücünün azalması hareket kısıtlılığına neden olmakta ve kazalara yol açmaktadır. Yaşlı bireyin güvenli hareketi için ev içi ve çevre düzenlemeleri yapmak; günlük aktivitelerini ve işlerini kendisinin yapmasını teşvik etmek, sınırları dahilinde beden egzersizleri, yürüyüşleri, solunum egzersizleri, duruş ve postür egzersizleri yapmasını sağlamak önemlidir. Yaşlı bireyin kapasitesine uygun, yaşamının bir parçası olmasını sağlayacak, zorlamayan, kolay ve zevkle yapacağı egzersizler önerilmelidir (6,7,8).

Uyku ve Dinlenme: Yaşlı bireylerin gece sık tuvalete gitmeleri, sinir sisteminde oluşan değişiklikler, aktivite düzeyinde azalma, vücut ısısında değişim ve mevcut kronik hastalıkları uyku sorunu yaşamalarına neden olmaktadır. Yaşlı bireyin uyku sorunlarının azalmasına yönelik olarak gece hafif yemek yemesi, yatmadan önce az sıvı alması, gündüz uyumaması, ortamın ısı-aydınlanma-gürültü açısından düzenlenmesi, çay-kahve gibi uyarıcı içecekleri almaması ve uykuya geçişi kolaylaştıran bireysel uygulamaları tanımlaması ve yapması önerilerinde bulunulmalıdır. Uyku ve hareket problemleri, kronik hastalıklar nedeniyle yaşlı bireyde yorgunluk sık rastlanan bir sorundur. Yorgunluğu azaltmak için yaşlı bireye dengeli beslenme, günlük hareketleri ve işleri planlama, düzenli ve yeterli uyuma hastalıklara ilişkin tedavi ve bakım önerilerini uygulama gibi konularda danışmanlık ve eğitim yapılmalıdır (6,7,8).

Vücut Isısının Düzenlenmesi ve Giyim: Hipotermiye eğilim ve ısı değişikliğini tolere edememe nedeniyle yaşlı bireyler kat kat giyinir. Yaşlı bireyin çevre ısısına uygun rahat ve ısıyı iletmeyen giysiler giyinmesi sağlanmalıdır (6,7,8).

Yardımcı Cihaz Kullanım: Yaşlı bireyler sıklıkla görme ve işitme duyularında kayıplar ve kalp sorunları nedeniyle gözlük, işitme cihazı, kalp pili gibi yardımcı cihazlar kullanmaktadır. Yaşlı birey ve ailesine yardımcı cihazların kullanımı, bakımı, temizliği ve kontrolü konusunda eğitim yapılmalıdır (6,7,8).

İlaç kullanımı:. Yaşlı bireyde vücut kompozisyonunun değişmesi, vücut sıvısının azalması, mide-bağırsak motilitesinin azalması, bağırsak villuslarının atrofisi, mezenterik kan akımının azalması ilaç emilimini, bilişsel değişimler düzenli ilaç kullanımını etkilemektedir (6,7,8). İlaç kullanımı yaşla birlikte artmakta ve önemli bir sorun haline gelmektedir. Yaşlı bireyde ilaç yan etkileri ve intoksikasyonları, çoklu ilaç kullanımı, ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç farmakokinetik ve farmakodinamiğinde değişiklikler, unutma ve anlama gibi kognitif sorunlar nedeniyle yaygın olarak görülmektedir (13). Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımına zemin yaratan faktörleri hastanın farklı doktorlara giderek çok sayıda reçete alması, reçetelere çok sayıda ilaç yazılması, doktorların fazla sayıda ilaç yazmaya eğilimli olmaları, hastaların fazla ilaç beklentileri, yaşlılarda tanıdan ziyade semptoma (belirtilere) 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 İlaç kullanımı ile ilgili sorunlar, mortalite ve mordibitenin artmasına neden olduğu için yaşlı bireyde ilacın akılcı kullanılması oldukça önemlidir. Yaşlı hastalarda ilaç ve alkol bağımlılığı da önemli bir sorundur. Özellikle uyku ilaçlarına bağımlılık beklenenden daha fazladır. Bu tip ilaçlar her uyku sorunu olan yaşlı bu tip ilaçları sürekli kullanmamalıdır (12,13).

Akılcı ilaç kullanımı kapsamında hemşirenin sorumlulukları, yaşlılıkta görülen farmakodinamik ve farmakokinetik değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmak, yaşlı bireyin kullandığı ilaçlara uyumunu sağlamak için kullanılan ilaçlarla ilgili hasta ve ailesine sağlık eğitimi vermek, ilaç yan etkileri yönünden gerekli izlemleri yapmaktır (13).

Yaşlı Ayrımcılığı; Yaşlılıkta psikolojik ve fizyolojik sorunlar, yaşlının sosyal alanda güçlükle karşılaşmasına neden olabilmektedir. Sosyal koşullardaki kötüleşme yaşlının bedensel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Çağdaş toplumlarda ailenin, geniş aile tipinden çekirdek aileye dö-

nüşmesi yaşlının ailedeki yerinde farklılık yaratmıştır. Günümüzde yaşlı eski saygısını yitirmekte, yaş prestij sağlayan öğe olmaktan çıkmakta, kuşaklar arası farklılık artmaktadır (14). Yaşlı ayrımcılığı; ileri yaştaki bireylere yönelik önyargıyı ifade eden tutum ve davranışlardır. Bugün dünyada toplumların çoğunda yaşlı bireyler ayrımcılığa uğramaktadır. Bu ayrımcılık, aile bireyleri ve toplumun genel olarak yaşlı bireylere ve yaşlanmaya karşı taşıdıkları olumsuz tutumlardan kaynaklanmaktadır. Toplumların çoğunda yaşlılık ve yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan değişiklikler genelde olumsuz karşılanmaktadır. Yaşlılık tüm yaşam alanlarında, üretkenlikte, yeterlilikte, bireysellik ve bağımsızlıkta azalma süreci olarak görülmektedir. Yaşlıya ve yaşlılığa kalıplaşmış düşünceler, ön yargı ve ayrımcılık ile bakılabilmektedir. Yaşlı ayrımcılığı, ayırımcı eylemlere dönüşebilen inançları ve tutumları kapsamaktadır. Yaşlı olma/yaşlanma ile eş anlamlı sözcükler genellikle olumsuz içerik taşımaktadır. Bunlar genellikle bunama, güçsüzleşme, hastalıklı olma, eskime, kötüleşme, yıpranmış olma, fonksiyon görememe gibi olumsuz durumlardır. Böylece yaşlılık bireyler tarafından kötü, mümkünse kaçınılması gereken bir durum olarak değerlendirilmektedir. Toplumun yaşlı bireylere ve yaşlanmaya karşı olumsuz tutumları bu kişilere sunulan sağlık hizmetlerini de etkilemektedir. Sağlık personeli olarak hemşirelerin yaşlı bireylere yönelik olumsuz ön yargı, değer, inanç ve tutumları yaşlı bireylere verilen bakımın kalitesine de yansımaktadır. Bu nedenle hemşirelerin yaşlılık ve yaşlanma konusuna dikkatini çekmek ve bu konudaki farkındalıklarını arttırmak son derece önemlidir. Ayrıca yaşlı bireyin ve toplumun yaşlılar ve yaşlanma süreci konusunda bilinçlendirilmesinde sağlık personeline özellikle hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler, yaşlılık dönemini bireyin kendisi ve çevresi ile barışık, doyumlu bir şekilde yaşayabilmesi, toplumdaki yaşlılığa ilişkin bu olumsuz ön yargıların değiştirilebilmesi ve yaşlı ayrımcılığının ortadan kaldırılabilmesinde kritik rol oynamaktadır (15).

Fizik Muayene: Yaşlı hastaların acil servislerde muayeneleri güçtür. Yaşlanma ile beraber süregen hastalık sayısı artar. Yalnız yaşayan yaşlılarda ortalama olarak üç tane problem varken, bakım isteyen hastalarda problem sayısı 10'a kadar çıkmaktadır. Bu durum yaşlılarda yeni bir hastalığın teşhisini oldukça güçleştirmektedir (12).

Yaşlılığa bağlı oluşan birtakım değişiklikler yüzünden fizik muayene daha dikkatli yapılmalıdır. Yaşlı hastanın belli belirsiz bir karın ağrısı ciddi hayatı tehdit eden acilen ve ameliyat edilmesi gerektiren bir hastalığın tek belirtisi olabilir. Kullanılan bir takım ilaçlar bazı hastalıkların belirti ve bulgularını gizleyebilir. Sık hastane yatış öyküsü olan yaşlılarda, kapsamlı geriatrik değerlendirme ve evde yapılan rehabilitasyon programları, özürlülükte azalma ve yaşam memnuniyetinde artışa yol açmaktadır (12,16).

Laboratuar / Yardımcı Testler: Yaşlı hastalardan benzer şikâyetleri olan genç hastalara oranla daha fazla test istenme eğilimi doktorlar arasında yaygındır. Çünkü daha az rezervi olan yaşlı hastada doğru teşhis koymak çok önemlidir. Buna göre hafif belirtilerin arkasında ciddi sorunlar olması muhtemel olduğu için, yaşlı hastalarda kaynakların maksimum kullanımı doğru kabul edilebilir. Yaşlı hastalarda hastalık seyrinin tipik şekillerde olmaması, belirtilerin geç çıkması ve beraberinde kronik hastalıkların çok olması nedeniyle yardımcı teşhis yöntemlerinin kullanılması % 50 sıklığında daha fazladır. Buna rağmen acil serviste hatalı teşhis koyma ihtimali çok daha fazladır. Yaşlı hastalarda olan fizyolojik değişikler laboratuvar değerlerine yansımaz. Anormal değerlere sahip yaşlı insanlar mutlaka ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir (12).

Enfeksiyon; Yaşlılarda enfeksiyon hastalıklarında ölüm ve hastalık sıklığı daha fazladır. Yaş ilerledikçe daha nadir görülen enfeksiyonlar ortaya çıkabilir. Ateşten çok vücut sıcaklığının normalin altına düşmesi (hipotermi) olur. Hastalar iştahsızlık, yorgunluk gibi belirtilerle gelebilirler. Enfeksiyon en çok akciğerler, idrar yolları, batın ve deriden kaynaklanır (12).

Hastane enfeksiyonları (HE) bütün dünyada olduğu gibi Türkiye'de de en önemli sağlık sorunlarındandır. ABD de yaklaşık yılda 2 milyon kişinin HE kaptığı,100 bin kişinin öldüğü tespit edilmiştir. Bu enfeksiyonların mali yükü ise 10 milyon dolar civarındadır. Türkiye'de ise bu oran %5-35 arasında değişmekte, bazen bir hastada birden fazla HE görülmekte, hastanede yatış süresini ortalama 20 gün uzatmakta dolayısıyla maliyeti her hasta için 1500 USD arttırmaktadır. HE ları oranının bir puan bile düşürülmesinin maliyeti önemli ölçüde azalabileceği araştırıcılar tarafından belirtilmiştir (17).

Ağrı; 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 süreçtir. Yaşlılarda bildirimi yapılmamış ve tıbbi kayıtlara geçmemiş hastalık oranı oldukça yüksektir, çünkü yaşlılar veya yaşlı yakınları pek çok belirtiyi yaşlılık için doğal sayarak sağlık kuruluşlarına başvurmamaktadırlar. Buna rağmen yaşlılarda ağrı görülme oranının oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. Yaşlı hastalarda karın ağrısı belirtileri tipik olmayabilir ya da süregen ağrılar yüzünden yaşlıların ağrı kesici kullanmalarına bağlı olarak tanı gecikebilir. Erken radyolojik inceleme ve

erken cerrahi danışmanlığı (konsultasyon) önemlidir (12).

Uluslararası ağrı çalışma birliği ağrıyı biyo-psikososyal bir olgu olarak ele almakta; ağrılı hastalarda gerek tanı ve gerekse tedavi yaklaşımlarının multidisipliner; yani tıpta ağrı ile uğraşan tüm uzmanlık dallarının katılımını gerektiren bir anlayış ile gerçekleştirilmesinin önemini vurgulamaktadır (12).

Kaynaklar

1. Erdil, F. (2007). Yaşlılara yonelik hemşirelik hizmetleri. Gokce Kutsal, Y. (Ed.). Temel Geriatri. Guneş Tıp Kitabevi, Ankara.
2. Karen, L., Rice, M. J. N. (2001). Geriatric best practices in nursing care. Journal of Vascular Nursing, 19(4): 135-136.
3. Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T. A., Jett, K., Luggen, A. S. (2008). Toward Healthy Aging. Mosby, Missouri.
4. Mezey, M., Boltz, M., Esterson, J., Mitty, E. (2005). Evolving models of geriatric nursing care. Geriatric Nursing, 26(1): 11-15.
5.
6. Mamaril, M. E. (2006). Nursing considerations in the geriatric surgical patient. The perioperative continuum of care. Nursing Clinics of North America, 41: 313-28.
7. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset, 2005
8. Mezey M, Schumann MJ, Marlano C, Handberg C, Sutermaster DJ. Specialty in nursing scope and standards of practice: Incorporating content about the care of older adults. Geriatrics Nursing 2007; 26: 23-28.
9. Tablowski P.A (2006). Gerontological Nursing. 1st ed. New Jersey: Pearson.
10. Hacettepe üniversitesi hemşirelik yüksekokulu," sağlıklı yaşlanma sempozyum kitabı", Başbakanlık S.H.Ç.E.K. Basımevi, Ankara1992, ss:78-85
11. Günaydın, N.,(1996) "Yaşlı Bireylerde Yalnızlığın İncelenmesi" GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara ss:25-32.
12. Tamam L, Öner S (2001) Yaşlılık çağı depresyoları. Demans Dergisi, 1: 50-60.
13. http://www.geriatri.org/sorulariniza_yanitlar.php?pg=yaslilikdonemindeaciller
14. Özer, E., Özdemir, L (2009). Yaşlı bireyde akılcı ilaç kullanımı ve hemşirenin sorumlulukları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, ss:42-51
15. Atken, R. ve ark., "Yaşlının Sorunları, İhtiyaçları ve Beklentileri". Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Lisans Tezi, Ankara, 1998, Ss:42-47.
16. Yılmaz, D., Terzioğlu, F., Yaşlı Ayrımcılığı ve Hemşirelik, Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2010;2(2):137-144 (özet).
17. Moons, P., Arnauts, H., Delooz, H. Nursing issues in car efor the elderly in the emergency department: an overview of the literature. Accident and Emergency Nursing 2003;11:112-120.
18. http://www.saglikweb.com/yaslilik/agir.enfeksiyonlar.asp.

Yaşlı Birey İle Çalışırken Uygulama Alanında Yaşanan Sorunlar

Nuray Tayran
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Geriatri Bilim Dalı , Kat Sorumlu Hemşiresi

Yaşlanma; sürekli yaşam boyu süren ve kişiden kişiye değişmekte olan bir süreçtir.

YAŞLILIK DÖNEMİ

- Birden fazla kronik hastalığın seyrettiği,
- Birçok organ sisteminde fonksiyonel değişikliğin var olduğu,
- Akut hastalıkların daha ciddi seyrettiği,
- İyileşme periyodunun uzun olduğu,
- Bağımsız yaşama yeteneğinin sınırlandığı

bir dönemdir.

ÇOK YÖNLÜ GERİATRİK DEĞERLENDİRME (ÇYGD)

- Fonksiyonel
- Fiziksel
- Sosyal
- Psikolojik

değerlendirmeleri kapsar.

Geriatrik değerlendirme, multidisipliner ve interdisipliner ekiplerin hastayı her açıdan ele almalarını ve ortak bir yaklaşımı ifade eder.

YAŞLI BAKIMININ PLANLANMASI

- Gereksinimlerin öncelik sırasına konulmasını,
- Doğru hedeflerin saptanmasını,
- Gereksinimlerin karşılanmasına ilişkin doğru uygulamaların yapılmasını sağlar.

BASI YARASI NEDENİYLE BAŞVURAN HASTA VE YAKINLARININ BASI YARASI ÖNLEME VE TEDAVİSİ HAKKINDA BİLGİ EKSİKLİĞİ

Bası yaraları oluştuktan sonra;

- Tedavisi son derece güç,
- Morbidite ve mortalite oranı yüksek,
- Hasta ve ailesine sıkıntı veren,
- Maliyeti oldukça yüksek

bir sağlık sorunudur.

Bası yaraları eğitim programı

- Bası yarası nedir? Oluşum mekanizması nasıldır?
- Önemli risk faktörleri
- Bası yaralarını önleme ilkeleri
- Egzersiz ve beslenme
- Deri ve yaranın değerlendirilmesi
- Vücut, perine ve ayak hijyeni
- Yatak, yatak takımları ve giysilerin hijyeni
- Yara pansumanı tekniği ve uygun ürün seçimi

konularını kapsamaktadır.

HASTA VE HASTA YAKINLARININ İNSÜLİN ENJEKSİYONU UYGULAMAYI REDDETMELERİ

Nedenleri;

- Diyabet hastalığı ve insülin enjeksiyonu uygulama konusunda bilgi eksikliği
- Hastanın yalnız yaşaması ve kendine güvenmemesi
- Enjeksiyon sonrası olabilecek komplikasyonlardan korkması
- Eşin ve çocukların sorumluluk almak istememeleri ve aralarındaki anlaşmazlık gibi nedenler olabilmektedir.

Diyabet eğitim programı konuları:

- Diyabeti anlamak,
- Diyabet nasıl tedavi edilir?
- Beslenme ve egzersiz
- Hipoglisemi ve hiperglisemi
- İnsülin uygulama teknikleri ve geri bildirim
- İnsülin saklama, taşıma koşulları ve uygulama bölgeleri
- Diyabetin komplikasyonları
- Genel vücut hijyeni ve ayak bakımı
- Kan şekerini ölçme teknikleri
- Diyabetin kontrolü ve izlenmesi

konularını kapsamaktadır.

TÜP YOLU İLE (NG/NJ- PEG/ PEJ) BESLENEN HASTA VE YAKINLARININ BİLGİ EKSİKLİĞİ

Enteral nütrisyon günlük gereksinimini oral yoldan sağlayamaya hastaya besin öğelerinin işlevsel gastrointestinal yolu ile verilmesidir.

Eğitim Basamakları:

- Hastanın pozisyonu ve pulmoner aspirasyon riski ve önemi
- Mama makinasının kullanımı
- Torba değişimi, yıkanması ve su verme aralıkları
- Gastrik rezidü bakılmasının önemi
- Ürünün ısısı, kullanım şekli ve saklama koşulları
- Ürünün kontaminasyonunu önleme
- Gelişebilecek komplikasyonlar
- NG / PEG bakımı

konularını kapsamaktadır.

BAKIM VEREN HASTA YAKINLARINDA GÖRÜLEN TÜKENMİŞLİK SENDROMU

Tükenmişlik Sendromu:

İlk olarak gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakma ile karakterize bir durumu tanımlamak için ortaya atılmıştır.

TÜKENMİŞLİK HERKESTE FARKLI ŞEKİLDE ORTAYA ÇIKABİLİR.

Bakım veren kişilerin yaşadığı sorunlara bakıldığında;

- Hastanın öz bakımları hakkında,
- Hastanın davranış değişiklikleri ile nasıl baş edebileceklerini bilmemeleri,
- Hastalığı yakınlarına yakıştıramamaları ve kabullenememeleri,
- Hastanın yanında kalmak zorunda olmaları,
- Bakıcı ile yaşanan sorunlar,
- Erkek ve kadın bakım veren kişilerde rol değişiklikleri olmaktadır.

BAKIM VEREN KİŞİLERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİ AZALTMAK İÇİN;

- Bakım veren kişinin eğitimi,
- Hastanın öz bakımı,
- Görülebilecek davranışlar ve bununla nasıl baş edebileceği,
- Sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi.
- Gerektiğinde ulaşabileceği kişi ya da kurumlar,
- Bakım verenlere yönelik destek programları

gibi konuları kapsamalıdır.

HASTANEDE İLAÇ UYGULAMALARINDA YAŞANAN SORUNLAR VE HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI

Geriatri hemşiresinin ilaçlar ile ilgili temel sorumluluğu;

- Yaşlılığın organizma üzerine olan etkisi ve farmakodinamik ve farmakokinetik değişiklikler,
- İntoksikasyona neden olan ilaçlar ve intoksikasyon belirtileri,
- İlaç – ilaç ve besin – ilaç etkileşimi
- Yaşlılarda sık kullanılan ilaçlar ve alım sorunlarını bilmeli, hasta ve ailesine ona yönelik eğitim ve danışmanlık yapmalıdır.

Geriatri hemşiresi yaşlıda;

- İlaç uygulamasına başlamadan önce ilaçla ilgili ayrıntılı bilgi sahibi olmalı,
- Oral ilaçlar bol su ile verilmeli tablet formları yerine sıvı formları tercih edilmeli,
- Aspirasyon riski nedeniyle ilaç içerken yaşlının başı kaldırılmalı veya oturur pozisyonda olmalı,
- İlacın yutulduğundan emin olunmalı,
- İntramusküler ve subkutan enjeksiyonlar tercih edilmemeli,
- Başka bir yolla vermenin uygun olmadığı durumlarda intramusküler enjeksiyon Z tekniği ile yapılmalı,
- İntravenüz enjeksiyon sonrası komplikasyonlar daha çabuk geliştiği için dikkatli gözlenmeli,
- Yaşlı bireyde kardiyak ve renal fonksiyonlar azaldığı için intravenöz sıvı tedavisi uygularken dikkatli olunmalı, dehidratasyon ve sıvı yüklenmesine yönelik saatlik sıvı izlenimi yapılmalıdır,
- İntravenöz, intramusküler ve subkutan enjeksiyon bölgeleri potansiyel komplikasyonlar (infiltrasyon, inflamasyon, tromboflebit) yönünden gözlenmelidir.
- Yaşlının bilinç durumu her gün değerlendirilmeli
- Yaşlı bireyin beslenmesi desteklenmelidir.

YAŞLI BİREYİN İLAÇ KULLANIMINA UYUMUNDA YAŞANAN SORUNLAR VE TABURCULUK EĞİTİMİ

- Yaşlı birey yutma güçlüğü, görme, hafıza sorunları ve ilaçla ilgili bilgi eksikliği nedeniyle tedaviye uyum sorunu yaşayabilmektedir.
- Yaşlı bireyde akılcı ilaç kullanımının sağlanmasında hemşirenin en önemli sorumluluğu eğitimdir.
- İlaç uyumunu arttırmaya yönelik uygulamalar yaşlı bireye özgü bir ilaç kullanım şeması oluşturulması ile başlanmalı ve bireye açıkça yazılı bir şekilde verilmelidir.

- Reçetesiz ilaç kullanmasının zararları anlatılmalıdır.
- Aspirasyon riski ve önemi açıklanmalıdır.
- İlaç kutularının üzerine ilaç dozu büyük harflerle yazılmalı, ilaç renklerle kodlandırılmalı ve ilacın kulanım amacı açıklanmalıdır.
- İlaçların saklanma koşulları, son kullanım tarihini kontrol etmeleri ve geçenleri atmaları konusunda bilgilendirilmelidirler.
- Hafıza sorunu olan yaşlı grupta ilaç saatini hatırlaması için çalar saatler, sesli mesajlar ve notlar kullanılabilir.
- İlaçları karıştırma ve yanlış dozda almayı önlemeye yönelik taşıma ve ilaç uyumunu denetlemeyi kolaylaştırdığı için bölmeli kutular kullanılabilir.
- Yaşlı birey ve ailesine ilaçların etkisi, kullanım şekli, saati, dozu ve yan etkileri konusunda bilgi verilmelidir. Yazılı materyaller, şekiller ve maketler ile desteklenmelidir.

DÜŞME RİSKİ VE ÇEVRESEL ÖNLEMLER KONUSUNDA BİLGİ EKSİKLİĞİ

Yaşlı bireyde artan kronik hastalıklar ve buna bağlı ilaç kullanımı, görme işitme ve denge problemleri bireyin yaşam kalitesini, mortalite ve morbidite hızını, sağlık hizmetlerinin maliyetini, kurumsal bakım gereksinimini olumsuz şekilde etkileyen düşmelere neden olabilmektedir. Düşme insidansı huzurevinde ya da hastanede kalan yaşlı grupta üç kat daha fazladır.

Hemşirelerin düşmelere yönelik koruyucu önlemler alabilmesi için, kapsamlı değerlendirme yapabilmesi ve düşmeye neden olan faktörleri bilmesi gerekmektedir.

- Uygun ışıklandırma (gece lambaları)
- Kaygan olmayan zemin
- Parlak yüzeyler yerine mat yüzeyler
- Uygun terlik, giysi, ayakkabı kullanımı
- Düzgün halılar
- Güneş ışığının doğrudan yayılabilmesi için ince perdeler
- Düşmeye neden olabilecek nesnelerin ortadan kaldırılması ve çevre düzenlemesi, yerlerinin değiştirilmemesi.
- Baston, yürüteç, walkar, gözlük, işitme cihazı kullanması konusunda ikna edilmelidir.
- Tuvalet ve yatak arasındaki mesafenin yakın ve güvenli olması.
- Merdivenlerin sınırlarının fark edilmesi için zıt renklerin kullanılması.
- Küvet, duş ve tuvalette barların olması konusunda hemşire eğitim ve danışmanlık yapmalıdır.

GÖRME İŞİTME DOKUNMA SORUNLARI

Hemşire Görme Bozukluğu Olan Yaşlı Bireyin Eğitiminde;

- Kullanılan yazılı materyallerin büyük puntolarla yazılı olmasına,
- Güçlü konstrast renklerin kullanılmasına,
- Resimlerdeki detayların en az düzeyde tutulmasına,
- Parlak fakat yaygın ışıklandırma kullanılmasına,
- Şekillerin açık bir şekilde çizilmiş olmasına,
- Kullandığı gözlüklerin temiz olmasına,

İşitme Kaybı ve Sesleri Ayıramama Sorunlarına Karşı;

- Yavaş ve normal bir sesle konuşulmalı
- Dudak hareketleri aşırı şekilde abartılmadan, açık bir şekilde telaffuz edilmeli.
- Hastanın eğitimcinin yüzünü açık bir şekilde görebilmesi sağlanmalı,
- Beden dilini kullanmalı,
- Yardımcı cihazların çalışıyor olduğundan emin olmalıdır.
-

Dokunma Duyusunun ve Koordinasyon Yeteneğine Bağlı Olarak;

- Küçük objeleri tutmada, yazmada, güçlük ve yanıt verme zamanının uzaması gibi durumlar ortaya çıkabilir. Hastaya zaman tanınmalı ve hasta cesaretlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Geriatri ve Gerontoloji – Prof.Dr. Servet Arıoğul
   Bası yaralarında Geriatri Hemşiresi (Sevilay Şenol Çiçek)
2. Akademik Geriatri Dergisi 2009-1: 139-146
   Yaşlı Hastada Bası Yaraları Önleme ; Tanı ve Tedavisi
   Sevnaz Şahin
   Fehmi Akçiçek
   İnmeli Hastalara Bakım veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü
   Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi (2010) 41-52
   Hemşire Melike Tuna
   Prof. Dr. Nermin Olgun
   Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi , Rehabilitasyon Servisi.
3. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
4. Akademik Geriatri Dergisi 2009; 1: 167-172
5. Demanslı Hastalara Bakım veren Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları
   Münevver Özcan , Sevgi Sun Kapucu
6. EADV Diyabet Bakım Profesyonelleri Derneği
   İnsülin kalemiyle İnsülin uygulaması Rehberi - Eylül 2008

Yaşlı Bireyde Akılcı İlaç Kullanımı Hemşirenin Sorumlulukları Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi
Akademik Geriatri 2010- Yaşlı Hastada Beslenme Destek Tedavisinde Pratik Noktalar – Doç. Dr. Meltem Halil

7. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi
8. Akademik Geriatri Dergisi -2009 – Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme
   Pratik Yaklaşımlar - Alper Döventaş
   Akademik Geriatri Dergisi – 2009 ; 1: 147-151 Aile ve Tüketici Bilimleri Gözüyle Geriatri - Oya Hazar
9. 5. Akademik Geriatri 2012
   Yaşlı Bireyin Bakımındaki Özellikler Hemşire Münevver Özcan
   Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
   Geriatri Ünitesi
10. 5. Akademik Geriatri 2012
    Hastane ve Kurumlarda Yaşlı Bakımına Yönelik Hemşirelik Hizmetleri
    Yrd. Doç Dr. Sevgisun Kapucu
    Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümü

5. Akademik Geriatri 2012

Akademik Geriatri Kongresi Konuşma Metinleri

Akılcı İlaç Kullanımı

Uzm. Dr. Burçak Deniz Dedeoğlu
T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Akılcı İlaç Kullanımı Birimi

Tüm dünyada yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımı çeşitli boyutlarda sorunlara neden olmaktadır. Bu etkiler arasında morbidite ve mortalitede artış olması, ilaçların yan etki riskinin artması, parasal kaynakların yanlış tüketilmesiyle sonuçta temel ilaçlara bile ulaşılabilirliğin azalması, tedavi maliyetlerinin daha da yükselmesi, acil ve temel ilaçlara karşı gelişebilecek direnc dayalı olarak tedavinin ekonomik ve sosyal maliyetinin artması sayılabilir. Bu nedenlerden dolayı dünyada çeşitli çözüm yolları üretilmeye, geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda dünyada "Akılcı İlaç Kullanımı" çalışmaları başlatılmıştır.

1985 yılında Nairobi'de yapılan Dünya Sağlık Örgütü toplantısında, Akılcı İlaç Kullanımı, kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük maliyette ve kolayca ulaşabilmeleri olarak tanımlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, dünya genelinde tüm ilaçların yaklaşık % 50'si uygun olmayan şekilde reçetelenmekte, satılmakta veya uygulanmaktadır. Tüm hastaların yarısından fazlası da ilaçlarını doğru şekilde kullanamamaktadır.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı tedavi maliyetleri ve halk sağlığını etkileyen ciddi bir sorun olarak devam etmektedir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığınca Akılcı İlaç Kullanımı ile ilgili ilk çalışmalar 1992 yılında başlatılmış olup, 1992–1994 yılları arasında sahada hekimlerin ve halkın akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışını tespit etmeye yönelik araştırmalar yapılmıştır. Nisan 1993'te Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından "Akılcı İlaç Kullanımının Alfabesi" isimli kitap basılmıştır.

Akılcı ilaç kullanımı çalışmalarının başlaması ile öncelikli olarak bu konuda var olan kaynak yetersizliğini doldurmak maksadı ile birinci basamakta çalışan hekimlere yönelik olarak "Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri" çıkarılmıştır. Bu yayının yanı sıra akılcı ilaç kullanımı çalışmaları kapsamında "Reçete Yazma Rehberi", "Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi" kitaplarının da çevirileri yapılmış ve basımları gerçekleştirilmiştir.

Akılcı İlaç Kullanımı konusunda, kurumsallaşma yönünde önemli bir adım olarak, 12 Ekim 2010 tarihinde İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü kurulmuştur.
Akılcı ilaç kullanımı, ilacın üretiminden imhasına kadar birçok aşamayı kapsamaktadır. Bu bakış açısı ile Akılcı İlaç Kullanımı Şubesi'nin hayata geçirmeyi planladığı projeler ve gelinen noktalar, aşağıda özetlenmiştir;

Tanıtıma Yönelik Çalışmalar

- Tanıtım kampanyası ile, özellikle halkın akılcı ilaç kullanımı konusunda farkındalığını arttırmak amaçlanmaktadır. Akılcı İlaç Kullanımı kampanyası için "İlacım; ne eksik, ne fazla" sloganı ve logo olarak turuncu-beyaz kapsül formu belirlenmiş, tanıtım üniteleri, poster ve el broşürü tasarımları yapılmıştır. Ülke çapında tüm sağlık kuruluşlarında turuncu-beyaz renkli tanıtım ürünlerinin kullanılması hedeflenmektedir.
- Belirlenmiş logo ve sloganların kullanıldığı, akılcı ilaç kullanımına yönelik tüm faaliyetlerin takibine olanak sağlayacak, her türlü eğitim modülü ve dokümanın burada paylaşılacağı, doğru ilaç kullanımını artırmak için bilgilendirmelerin, videoların yer alacağı hem sağlık çalışanları hem de halka yönelik hizmet verecek, bir web sitesi oluşturulmuştur. (www.akilciilac.gov.tr)
- Resmi web sitesinde yayımlanması planlanan tüm ilaç formlarının uygulama yollarına ve dikkat edilmesi gereken hususlara ilişkin bilgilendirme videolarının hazırlanması için çalışmalar tamamlanmıştır.
- Kongrelerde Akılcı İlaç Kullanımı konusunda bir oturuma yer verilmesi konusunda Beşeri İlaçlar ve Tıbbi Cihazların Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik

kapsamında, İkinci Bölüm, Bilimsel ve Eğitsel Faaliyetler, Madde 7(6) "Ruhsat/izin sahiplerinin desteklediği toplantılara akılcı ilaç kullanımı konusunda, toplantının konusu ile ilgili bir oturum konulur. Bu oturumda yer alacak sunumların içeriği, Bakanlıkça onaylanmış eğitim materyalleri ve tanı tedavi rehberleri çerçevesinde olur ve izin başvurusu sırasında Bakanlığa sunulur." eklenmiştir.

Eğitime Yönelik Çalışmalar

- Milli Eğitim Bakanlığı ile, ilköğretim ders programlarına bu konunun daha ayrıntılı olarak eklenmesine yönelik görüşmeler yapılmıştır.
- Tıp fakülteleri ve eczacılık fakültelerinin müfredatlarında akılcı ilaç kullanımına yönelik bir programın yer alması, tıp fakültelerinin akreditasyonunda bu konunun aranan bir kriter olması şeklinde düzenlemeye gidilmesi yönünde çalışmalar sürdürülmektedir.
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından hazırlanmış olan, aile hekimlerine yönelik Akılcı İlaç Kullanımı konulu uzaktan eğitim modülünün Ankara ilindeki aile hekimlerinde pilot uygulaması sürmektedir.
- Çeşitli devlet hastanelerinde personele yönelik Akılcı İlaç Kullanımı eğitimleri verilmektedir.
- Türk Eczacıları Birliği tarafından hazırlanan ve ilaç etkileşimleri dahil birçok konuyu içeren TEB-RP CD'leri ayrıntılı olarak incelenmiş ve tüm aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerine ücretsiz olarak ulaştırılmıştır.

Rehber Hazırlanması

- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından hazırlanmış olan Birinci Basamağa yönelik Tanı ve Tedavi Rehberinin güncellenmesi sürmektedir. Hekimlik pratiğine sağlayacağı katkılar göz önünde bulundurulduğunda, güncellenmiş tanı ve tedavi rehberinin ulaşımının kolay olması ve sağlık personeli tarafından daha fazla faydalanılacağı düşünülerek e-rehbere dönüştürülmesi ve web sitemizde kullanıma açılması planlanmıştır.
- Türkiye İlaç Kılavuzu'na (TİK) web tabanlı erişimin sağlanması için görüşme ve çalışmalar sürdürülmektedir.
- İkinci basamağa yönelik tanı ve tedavi kılavuzlarının hazırlanması planlanmaktadır.

Hastanelerde Hizmet Kalite Standartları ile ilgili çalışmalar

- Hastanelerde hizmet kalite standartlarına akılcı ilaç kullanımı ile ilgili maddeler eklenmiş ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünce "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi" hazırlanmıştır. Buna göre Akılcı İlaç Kullanımı başlığı altındaki maddeler aşağıdaki gibidir;
-
- "Akılcı ilaç kullanımının sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.
- Akılcı İlaç kullanımı ile ilgili sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır.
- Ekipte, yönetimden bir temsilci, hekim ve eczacı yer almalıdır.
- Akılcı İlaç kullanımı ile ilgili olarak;
  - -Hastane politikası belirlenmeli
  - -Faaliyet planlanmalı ve uygulanmalıdır
- *Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili, hastalarda farkındalık oluşturulmasına yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.*
- *Hastalar ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.*
- *Hastaların sıklıkla kullandığı alanlarda akılcı ilaç kullanımına yönelik, broşür, poster, video görüntüleri gibi düzenlemeler bulunmalıdır.*
- *Yatan hasta eğitimlerinde, akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgilendirme yapılmalıdır*."

İlaç Kutularında Düzenlemelere Yönelik Çalışmalar

- Özellikle soğuk zincir grubu ilaçların ambalajına sıcaklık zaman indikatörü eklenmesi ile ilgili çalışmalar sürmektedir. Soğuk zincir kırıldığında indikatörün renk değiştirmesi ve ilacın kullanımının engellenmesi akılcı ilaç kullanımı çerçevesinde önemli bir adım olacaktır. Bu konu ile ilgili alanlarda Dünya Sağlık Örgütü ile ortak çalışmalar yapılmaktadır.
- Özellikle terapötik indeksi dar olan ilaçların, çocukları korumak amacı ile güvenli ambalajlarla üretilmeleri yönünde bir proje yürütülmektedir. Bu amaçla çeşitli üretici firma ve ilaç firmalarıyla görüşmeler sürmektedir.

Atık İlaçların İmhasına Yönelik Çalışmalar

- Miadı dolmuş veya kullanılmayacak durumda olan ilaçların imhası önemle üzerine eğilinmesi gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Atık ilaçların imha süreci ve bu konudaki mevzuat çalışmaları Çevre ve Şehircilik Bakanlığı tarafından yürütülmekte olup, gerekli alanlarda katkılar sağlanmaktadır.

Akılcı İlaç Kullanımı Temsilcilerinin Belirlenmesi

- Uzmanlık dernekleri ile akılcı ilaç kullanımı konusunda planlanan faaliyetleri paylaşmak, görüş alışverişinde bulunmak üzere bir toplantı yapılmış ve uzmanlık derneklerinden Akılcı İlaç Kullanımı konusunda bir kişinin irtibat kişisi olarak belirlenmesi sağlanmıştır.

- İl Sağlık Müdürlüklerinden, Akılcı İlaç Kullanımı temsilcisileri belirlenmiş olup, yapılacak çalışma ve eğitimlerin il bazında koordinasyonunda sorumluluk temsilcilere verilmiştir.
- Hastane Kalite standartları gereğince hastanelerde akılcı ilaç kullanımı ekipleri oluşturulmaktadır. Üniversiteler de dahil olmak üzere Türkiye genelinde birçok hastanede aktif olarak faaliyet gösteren ekip bulunmaktadır.

Saha Taraması ve Değerlendirme Çalışmaları

- İlaç kullanımı sürecinde görev ve sorumlulukları olan tarafların bu konudaki tutumlarını değerlendirmek amaçlanmaktadır. Hangi tedavinin ve bu tedavi sürecinde ilaç kullanılacaksa hangi ilacın seçileceği konusunda karar sahibi olan hekimlerin, ilacın en doğru şekilde temininin sağlanmasında sorumlulukları olan eczacıların ve ilaçların saklanması ve uygulanması sürecinde akılcı uygulama bilincine sahip olması gereken hemşire, hasta yakını ve hastaların bu süreçteki rolleri değerlendirilecektir.
- Bu amaçla, çalışma popülasyonu, hekimler, eczacılar, hemşireler ve halk olarak planlanmıştır. Hekim, eczacı, hemşire ve halka yönelik anket çalışmaları, odak grup çalışmaları ve simüle hasta çalışması ile hekim ve eczacı davranış ölçümü düşünülmektedir.

Bakımevlerinde Malnütrisyon ve Tedavisi

Doç. Dr. Bülent Saka
İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri BD
İstanbul Tıp Fakültesi, Klinik Nütrisyon Ekibi Direktörü

Ülkemizde gelişen sağlık olanakları sayesinde yaşlı sayısı gün geçtikçe artmaktadır. 1985'te 65 yaş ve üzeri bireyler tüm toplumun %4.2'sini (2.2 milyon) teşkil ederken bu oran bugün %7.2 (5.3 milyon) seviyelerindedir (1). Yaşlılarda görülen geriatrik sendromların önemli bir kısmını nörolojik hastalıklar oluşturmaktadır. Yaşlılıkta sıkça karşılaşılan bir diğer geriatrik sendrom malnütrisyondur.

Yaşlıların %37-40'ı günlük enerji ihtiyacını karşılayacak düzeyde beslenememekte, üç yaşlıdan 2'si bir öğün atlamakta ve bu durum son yıllarda "Anorexia of aging" olarak nitelendirilmektedir (2). Beslenme durumunu olumsuz etkileyen faktörler arasında yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, akut ve kronik hastalıklar, diş ve ağız sağlığı problemleri, polifarmasi, ekonomik sorunlar, tek başına alışveriş yapamama, yemek hazırlayamama ve yiyememe gibi çevresel etkenler önemli yer tutar. Yaşlılıkta herhangi sebeple kilo kaybının başlangıcını takip eden 1 – 2.5 yıl içinde, sadece bu sebeple mortalite oranı %9-38 artmaktadır (3). Ağızdan gıda alımının azalmasına ek olarak yaşla birlikte günlük büyüme hormonu sekresyonu %29-70 azalmakta, bu da sarkopeniye yol açmaktadır (4).

İstanbul İli sınırları içinde yerleşik büyük çaplı bir huzurevinde 2009 ve 2010 yıllarında yaşlıların taranması ile yapılan iki kesitsel çalışmada 2009 yılında malnütrisyon oranı %9.8, malnütrisyon riski oranı ise ek olarak %22.8 bulunmuştur. Malnütrisyon tespit edilen yaşlılarda diğer geriatrik sendromların görülme sıklığında belirgin artış saptanmıştır. 2010 yılında 349 sakin ile yapılan taramada ise malnütrisyon oranı %13.5, malnütrisyon riski ek olarak %33.5 bulunmuştur. Bir yıllık izlem sonunda (2011 yılı sonu) bu hastalar sağkalım açısından tekrar değerlendirildiğinde malnütrisyon tanısı olan 47 sakinin 8'i (%17), malnütrisyon riski olan 117 sakinin 19'u (%16) ve malnütrisyon tanısı olmayan 185 sakinin 16'sının (%8) vefat ettiği anlaşılmıştır. Böylece malnütrisyon veya malnütrisyon riski olan sakinlerin ortalama %16'sı vefat etmişken normal nütrisyonel durumu tespit edilenlerin sadece %8'i kaybedilmiştir (p=0.03). Buradan malnütrisyon riski varlığının da malnütrisyon kadar önemli olduğu ve tedavi edilmesi gerektiği sonucu çıkarılabilir.

Diğer taraftan 2012 yılında aynı huzurevinin bir sitesinde yapılan kesitsel araştırmada 124 sakin nütrisyonel durum ve sarkopeni açısından incelenmiştir. Sadece Mini Nütrisyonel Değerlendirme Kısa Form (MNA-SF) uygulandığında sakinlerin %12'sinde malnütrisyon, %28'inde malnütrisyon riski tespit edildi. MNA uzun form kullanıldığında ise oranların sırasıyla %9 ve %14 olarak değiştiği anlaşıldı ki aradaki fark çok anlamlı bulundu. Aynı gruba Subjektif Global Değerlendirme (SGA) uygulandığında sakinlerin %7'sinde ciddi malnütrisyon, %10'unda ise hafif-orta malnütrisyon tespit edildi. Bu veriler özellikle bakımevlerinde pratik olması nedeni ile sıkça uygulanan MNA-SF'nin değerlendirmede eksiklerinin olabileceğinin vurgulanması açısından önem taşımaktadır. Sarkopeni varlığı açısından değerlendirildiklerinde baldır çapı verilerine göre sakinlerin %22'sinde sarkopeni olduğu düşünülürken orta kol çapı ve triseps cilt kalınlığının birlikte bir formül içinde kullanılarak orta kol kas alanı ölçümü yapılmasıyla (MAMA) bu oranın %59' a kadar arttığı bulundu. MAMA ölçümü sonucu sarkopeni düşünülen 47 sakinin 31'inde (%66) baldır çapı normaldi (≥32 cm). Bu bilgiler ışığında tek başına baldır çapı ölçümünün de sarkopeni varlığını değerlendirmede yetersiz olabileceği fikri doğurdu.

2011 yılında Akademik Geriatri Derneği tarafından Türkiye'nin 3 büyük şehrindeki huzurevlerinde yaşayan 1816 sakinin taranması sonucunda %11.9 hastada malnutrisyon tanısı , % 38.3 hastada malnutrisyon riski olduğu anlaşılmıştır. Bu iki grup %51.2 ile yaklaşık 2 yaşlıdan birinin malnutrisyon açısıdan tedavi ve takibe ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Yaş arttıkça malnutrisyon oranının arttığı görülmüştür. Kadın hastalarda malnutrisyon oranı daha fazladır. Huzurevinde 1 yıldan kısa süredir kalanlarda ve 4 yıldan uzun süredir kalanlarda malnutrisyon rakamları daha yüksek bulunmuştur. Malnutrisyon tanısı alanların sadece %20.62'si ve malnutrisyon riski olanların % 15. 3 ü beslenme desteği almaktadır. Malnütrisyon tanısı olan gruptaki sakinlerin %41.9'unda ciddi

demans tanısı varken, malnütrisyon riski olanlarda ve normal nütrisyonel durumdakilerde bu oran sırasıyla %27,9 ve %12.8 bulunmuştur.

Dünyada durum nedir denecek olursa, Kaiser MJ ve arkadaşları huzurevlerinde yaşayanlarda %13.8 malnütrisyon, %33.8 malnütrisyon riski bulmuşlardır. Malnütrisyon ile demans ve sarkopeni arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Yine bu çalışmada geriatrik yaş grubunun beslenme durumunun değerlendirilmesinde mini nütrisyonel değerlendirme (MNA) önerilmektedir (5).

2002 yılında yayımlanan ESPEN (European Society of Clinical Nutrition and Metabolism) önerilerinde 65 yaş üzerindeki tüm bireylerin nütrisyonel açıdan rutin olarak taranması önerilmektedir. Sonraki yıllarda yayınlanan tüm ESPEN Kılavuzlarında da benzer öneri yeralmaktadır (6). 2007 yılında Avrupa Parlomentosunun aldığı karar çerçevesinde obesite ve malnütrisyon en önemli halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmiş ve konu 2008 yılında Avrupa Birliği'nin resmi politik ajandasına dahil edilmiştir. 2009 yılı ESPEN tarafından malnütrisyonla savaş yılı ilan edilmiştir.

Tüm bu verilerden yola çıkarak toplumda yaşayan ve geriatri kliniklerinde yatan yaşlı bireylerin beslenme durumu taranmalı, riskli bireylerde detaylı değerlendirilme yapılarak tedavi planı geliştirilmelidir.

Nasıl tanı koyalım?

Hastaların nütrisyonel durumlarının belirlenmesinde antropometrik ölçümler (kilo, beden kitle indeksi, triceps cilt kalınlığı, vs) yanı sıra bazı testler kullanılmaktadır. *Nütrisyonel Risk Taraması (NRS-2002)* 2002 yılında ESPEN tarafından geliştirilmiş kapsamlı bir tarama testidir (Tablo 1). Temelde mevcut klinik hastalık ve son dönemdeki beslenme durumu sorgulanarak puanlama yapılır. *Subjektif Global Değerlendirme testi* 1987'de geliştirilmiştir. İçinde antropometrik ölçümler yanısıra beslenme durumu ve klinik durum hakkında bilgi veren sorular içermektedir (Tablo 2). Tarama sonrası değerlendirme yapmak için kullanılmaktadır. Kapsamlıdır, bu nedenle daha çok vakit alabilir ve sonuçta adından da anlaşılacağı üzere hekim kendi yorumu ile derecelendirme yapar. *Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) testi* daha çok yaşlı populasyon ve ayaktan takip edilen hastalar için hazırlanmış bir testtir (Tablo 3,4). İlk kısmı 6 sorudan oluşur ve hızlı bir tarama testidir. İlk kısımdan düşük skor alanlara ikinci kısımda yeralan 12 soru daha sorularak toplam skor elde edilir. Toplam skor 24 ve üzeri olanlarda normal nütrisyonel durum, 17 ile 23.5 arasında olanlarda malnütrisyon riski, <17 olanlarda malnütrisyon var denir.

Tablo 1: NRS 2002 Testi

NRS-2002 (Nutritional Risk Screening)

Tarama			
Nütrisyon Durumundaki Bozulma		Hastalığın Şiddeti (gereksinimlerde artış)	
Yok **Skor 0**	Normal nütrisyon durumu	Yok **Skor 0**	Normal besinsel gereksinimler
Hafif **Skor 1**	3 ayda > %5 kilo kaybı ya da geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %50-75'inin altında	Hafif **Skor 1**	Kalça Kemiğinde Kırık* Özellikle akut komplikasyonları olan kronik hastalar: siroz*, KOAH*, *kronik hemodiyaliz, diabet, onkoloji*
Orta **Skor 2**	2 ayda > %5 kilo kaybı ya da BKİ 18.5 – 20.5 + genel durum bozukluğu ya da geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %25-60'ı	Orta **Skor 2**	Majör abdominal cerrahi*, İnme*, *Şiddetli pnömoni, hematolojik malignite*
Şiddetli **Skor 3**	1 ayda > %5 kilo kaybı (3 ayda > %15) ya da BKİ < 18.5 + genel durum bozukluğu ya da geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %0-25'i	Şiddetli **Skor 3**	Kafa travması*, Kemik iliği transplantasyonu*, *Yoğun Bakım hastaları (APACHE > 10)*
Skor:	+	**Skor**	= Toplam skor
Yaş	≥70 yaş ise toplam skora 1 ekle	**= yaşa uyarlanmış toplam skor**	
	Skor >3: Hasta nütrisyon riski altındadır ve bir nütrisyon planı başlatılır		
Skor <3: haftada bir taranmalı. eğer mjör operasyon planı varsa yine bir nütrisyon planı geliştirilmelidir			

Tablo 2: Subjektif Global Değerlendirme Testi

A. Öykü

1.Ağırlık Değişimi
Geçen 6 ayda genel kayıp: ____kg, %kayıp____
(<%5;hafif, %5-10;orta, >10%;ciddi kayıp)
Geçen 2 haftada değişim : Artış ____
Değişim Yok ____Azalma

2. Normale göre besin alımında değişim
Değişim yok ____
Değişim : ____ Gün ____ Hafta
Tipi : Suboptimal katı diyet____
Tam sıvı diyet____
Hipokalorik sıvı____ Açlık ____

3.Gastrointestinal semptomlar (2 haftadır süren)
Yok____ Bulantı____ Kusma____ Diyare____ İştahsızlık____

4. Fonksiyon Kapasitesi
Disfonksiyon yok ____
Disfonksiyon : ____Gün Hafta____
Tipi: Suboptimal çalışma____
Ambulatuar____Yatalak____

5. Hastalık ve nütrisyonel gereksinimlerle olan ilgisi
Birincil tanı : _____
Metabolik gereksinim: Stres: Yok____ Düşük____
Orta____ Yüksek___

B. Fizik Muayene

Her biri için belirtin:
0=Normal,
1+=Hafif,
2+=Orta,
3+=Ağır

Ciltaltı yağ kaybı (triseps, göğüs)
_____
Kas kitlesi kaybı (kuadriseps, deltoidler)
_____
Ayak bileği ödemi____ Sakral ödem ____ Asit____

C. Subjektif Global Değerlendirme Puanlaması

İyi beslenen A____
Orta derecede malnütrisyonlu B____
Orta-ağır malnütrisyon riski C____
Ağır malnütrisyon D____

Tablo 3: Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi: 1. Kısım

1. Son üç ayda iştah azalması, sindirim sorunları, çiğneme ve yutma güçlüğü nedeniyle besin tüketiminde azalma oldu mu ? 0= Şiddetli iştah kaybı 1= Orta derecede iştah kaybı 2= İştah kaybı yok	4. Son üç ayda hastanın psikolojik stres veya akut hastalık yakınması oldu mu? 0= Evet 2= Hayır
2. Son aylarda ağırlık kaybı oldu mu? 0= 3 kg'dan fazla 1= Bilinmiyor 2= 1-3 kg 3= Ağırlık kaybı yok	5. Nöropsikolojik sorunları oldu mu? 0= Ciddi demans veya depresyon 1= Hafif demans 2= Psikolojik sorun yok
3. Hareketlilik ? 0= Yatak veya sandalyeye bağımlı 1= Yatak ve sandalyeden kalkıyor, ancak dışarı çıkamıyor 2=Dışarı çıkabiliyor	6. Beden kitle indeksi (BKI, ağırlık/boy^2) 0= 19'dan az 1= 19-21 2= 21-23 3= 23'den fazla
Tarama puanı (en çok 14 puan) *12 puan ve üstü: Normal, risk yok-teste devam etmeye gerek yok *11 puan ve altı: Malnütrisyon olabilir değerlendirmeye devam edin (Tablo 1B)	

Tablo 4: Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi: 2. Kısım

7. Bağımsız yaşama (bakımevi veya hastane dışında)? 0= Hayır 1= Evet 8. Günde 3 veya üzerinde ilaç alıyor mu? 0= Evet 1= Hayır	13. Yemek yeme şekli nasıl? 0= Yardımcı ile 1= Güçlükle kendi kendine yeme 2= Hiç sorunsuz kendi kendine yeme 14. Beslenme sorunu var mı ? (kendi görüşü) 0= Major malnütrisyonlu 1= Bilmiyor veya orta düzeyde malnütrisyonlu 2= Beslenme sorunu yok
9. Deride dokununca acıma veya deri yaraları var mı? 0= Evet 1= Hayır 10. Hasta günde tam olarak kaç öğün yemek yiyor ? 0= 1 öğün 1= 2 öğün 2= 3 öğün 11. Her gün iki veye daha fazla porsiyon sebze–meyve tüketiyor mu? 0= Hayır 1= Evet	15. Protein alımı a) Günde bir porsiyon süt veya süt ürünü tüketiyor mu ? b) Haftada iki porsiyon veya daha fazla kurubaklagil veya yumurta tüketiyor mu ? c) Her gün et/balık/tavuk tüketiyor mu? 0 puan= 0 - 1 evet 0.5 puan= 2 evet 1.0 puan= 3 evet 16. Aynı yaştaki insanlarda karşılaştırıldığında kendi sağlığı konusunda ne düşünüyor ? 0= iyi değil 0.5= bilmiyor 1.0= iyi 2.0= çok iyi 17. Üst orta kol çevresi (cm)? 0= 21'den az 0.5= 21 – 22 1.0= 22'den fazla
12. Günde kaç bardak içiyor (su, meyva suyu, çay, kahve, süt..) içiyor ? 0= 3 bardağın altı 0.5= 3-5 bardak 1= 5 bardağın üzeri	18. Baldır çevresi kaç cm? 0= 31'den az 1= 31 ve üstü
Toplam Skor: > 23.5 Normal 17 – 23 Malnütrisyon riski <17 Malnütrisyon	

Nasıl Tedavi edelim?

Tarama ve değerlendirme sonucunda malnütrisyon veya malnütrivsyon riski tespit edilen hastalara beslenme destek tedavisi planlanmalıdır. Bu iki yolla yapılabilir; Öncelikle oral gıda alımı mümkün olanlarda kliniğin diyet birimi ile görüşülerek günlük kalori ihtiyacı doğrultusunda diyet düzenlenir. İkinci yol ise enteral ve/veya parenteral beslenme ürünleri ile destek tedavisidir. Bu tedavi modalitesinde asıl olan enteral beslenmedir. Enteral beslenme yolları oral enteral, nazoenteral ve enterokütan yollardır. Nazoenteral yol için nazogastrik veya nazointestinal feeding tüp kullanılabilir. Bu tüplerin silikon veya poliüretan olanları tercih edilmelidir. Enterokütan yollar ise, perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) ve perkütan endoskopik jejunostomidir (PEJ). Bazen PEG'den uzatılan bir tüp vasıtasıyla jejenuma ulaşılabilir (PEG-J).

ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism)'in 2006 yılında yayınladığı enteral nütrisyon kılavuzunun geriatri kısmında beslenme yolunun seçilmesi sırasında kırılgan yaşlıda mümkün oldukça oral beslenme desteği sağlanmasını vurgulamaktadır (6) (Tablo 5).

Beslenme yolu seçildikten sonra günlük enerji ihtiyacı (GEİ) hesaplanmalı ve ardından oral gıda alımı da göz önünde bulundurularak günlük verilecek destek miktarı hesaplanmalıdır. GEİ, bazal enerji ihtiyacı (BEİ), aktivite faktörü ve stres faktörü toplanarak bulunabilir. BEİ hesaplamada pratik formüllerden yararlanmaktayız. En sık kullanılmakta olan formül Harris-Benedict formülüdür. Kilo, boy ve yaş kullanılarak hesap yapılmaktadır. BEİ bulunduktan sonra klinik hastalık ve klinik bulgulara bakılarak stres faktörü saptanır ve BEİ' e eklenir. Örneğin kronik hastalıklar varlığında BEİ'e %20-30 eklenirken, nüks halinde kanser, yaygın kanser, sepsis veya ARDS varlığında bu oran %30-100 arasında değişebilir. Her 1^0C vücut ısısı artışına karşılık BEİ'e %10 eklenir. Diğer taraftan hastanın hareket kabiliyeti de önemlidir. Örneğin yatalak bir hastada BEİ'e %15-20 eklenirken, ambulatuvar bir hastada %20-25, mobil bir hastada %30-40 eklenebilir. Sonuçta GEİ elde edilir.

GEİ hesaplandıktan sonra enerji açığının hesaplanmasında iki yol kullanılabilir. İlkinde hastaya yediklerini listelemesi öğütlenir ve bu liste üzerinden günlük almakta olduğu kalori miktarı hesaplanır. Bir diğer yol ise geçmişe kıyasla bugün tüketmekte olduğu besin miktarının oranı sorularla araştırılır. Standart durumda 1-1.2 g/kg/gün olan protein ihtiyacı metabolik stres varlığında 1.5-2 g/kg/gün değerine kadar artabilir. Yaşlı hastalarda GIS motilitesinin idamesinde lifler önem kazanmakta ve diyete mutlaka lif eklenmelidir. Liften zengin ürünlerde çözünebilir veya çözünemeyen çeşitli lifler bulunmaktadır. Bu lifler bir taraftan motiliteye katkıda bulunurken diğer taraftan da prebiyotik etki yaratmaktadır. Kanser kaşeksisinde ve inflamatuvar hastalıklarda kullanmak üzere geliştirilen ve içinde çeşitli immunnütrisyon ürünleri (glutamin, arginin, RNA, EPA) içeren ürünler bulunmaktadır. Özellikle kanser kaşeksisinde faydalı olduklarına dair veriler mevcuttur, iştah açıcı karakterdedirler. GIS tolerabilitesi, anti-oksidan özelliği ve immun sistem üzerinde anti-inflamatuvar katkısı yönünden glutamin ön plana çıkarken, yara iyileşmesinde arginin, iştah arttırmada EPA önem kazanmaktadır. Barsak emiliminin etkilendiği çeşitli hastalıklarda semi-elementer ve elementer moleküller içeren ürünler tercih edilebilmektedir. Bası yaralarının iyileşmesinde arginin, glutamin, lösin ve metaboliti olan hidroksi metil bütirat (HMB) kullanılabilir. Özellikle HMB kollajen sentezi ve protein sentezini tetiklediği gibi protein yıkımını da durdurmakta, bunları gerçekleştirmede metaboliti olduğu lösinden 200 kat daha potenttir.

Uygun enteral beslenme ürünü seçildikten önerilen hedef miktara 7-10 günde ulaşılmasıdır. Tedavi sıraında en sık rastlanılan bulantı-kusma ve ishaldir. Bulantı ve kusma için hemen tedaviden vazgeçmemeli, mide boşalma zamanını hızlandıran ve barsak motilitesini arttıran ürünler kullanılabilmektedir. Diğer taraftan ürün miktarı bir süre azaltılabilir veya farklı bir ürün denenebilir. İshal ortaya çıktığında öncelikle dışkı analizi ile infeksiyon varlığı araştırılmalı, yoksa ürün kaynaklı denilip ürün miktarı azaltılmalı veya ürün değiştirilmelidir. Bazı durumlarda barsak hareketlerini baskılayan tedaviler verilebilir (Kısa barsak sendromunda loperamid gibi). Yaşlılarda ve nörolojik hastalığı olanlarda aspirasyon riski artacağından özellikle tüple beslenenlerde gastrik rezidü tayini yapılmalıdır. Halihazırda 200 cc ve üzeri rezidü varlığında giden ürün miktarı veya hızı azaltılmalıdır, ya da yine aynı şekilde ürün değiştirilmeli veya destek tedaviler eklenmelidir. Tüple beslenme sırasında bolus uygulamalar sırasında ürünün önünden ve arkasından 25-50 cc su verilmeli, infüzyon tedavisi sırasında ise giden ürün belli aralıklarla durdurulup yine su verilmelidir. Aynı durum PEG varken de geçerlidir. Jejunumdan beslenen hastalarda ise hipo-ozmolar ürünler veya su direkt olarak verilmemelidir. Bolus uygulama yapılmamalıdır. Sadece infüzyon tedavisi verilebilir. Her durumda hastanın başı 30-40^0 yüksekte tutulmalıdır.

Enteral beslenmenin mümkün olmadığı veya yetersiz kaldığı durumlarda parenteral tedavi uygulanmalıdır. Periferik yolla uygulanan ürünlerin ml'sinde 0.6-0.7 kcal varken, santral yolla verilenlerin ml'sinde 1 kcal bulunmaktadır.

Tablo 5: ESPEN 2006 kılavuzu: Geriatri

espen

- Kırılgan yaşlıda oral nütrisyonel destek (OND) verin (A sınıfı kanıt)
- Terminal evrede hastaya tüple besleme yapmayın. (B)
- Ciddi nörolojik disfajisi olanları enteral yolla besle (EB). (A)
- Ortopedik cerrahi girişim sonrası OND verin. (A)
- Depresyonda EB ver. (C)
- Erken orta evredeki demans hastasına OND veya tüple besleme (TB) uygula (C)
- İleri evre demansta TB verme. (C)
- Aspirasyon pnömonisi riskinin TB ile azaldığı kanıtlanmamıştır.
- Yüksek protein içerikli OND bası yaralarını geriletmektedir (A)
- Bası yaralarında EB ver (C)
- Nütrisyonel risk varlığında OND veya TB erken başla (B)
- Ciddi nörolojik disfajide erkenden EB başla, yutma egzersizi ver (C)
- PEG takılmasının ardından 3 saat sonra EB başlanabilir. (A)
- Uzun süreli TB (>4 hafta) yerine PEG tak. (A)
- Barsak fonksiyonlarının düzenlenmesinde lifli ürünler kullan (A).

Uzun süredir kilo kaybeden kaşektik hastalarda hızlı destek tedavisi yapılması ciddi metabolik komplikasyonlar doğurabilir. Ciddi elektrolit imbalansları, ozmolarite değişiklikleri, aritmiler, yüklenme, dehidratasyon, akut böbrek yetersizliği, ani ölüm, hiperglisemi, hipoglisemi gibi durumların bir veya birkaçının birlikte görülebildiği "*Re-feeding sendromu*" ölümcül olabilir. Bunun engellenmesinde en önemli yol hedef kalori ihityacına yavaş ulaşmaktır, özellikle kaşektik hastalarda bu süre çok daha fazla olabilir. "*Re-feeding sendromu*" bu tarz hastalarda özellikle parenteral nütrisyon sırasında daha çok ortaya çıkmaktadır. Takipte günlük kan şekeri takibi, haftada 2-3 defa elektrolit, BUN, kreatinin takibi (özellikle potasyum, fosfor ve magnezyum) önerilmektedir. Parenteral tedavi sırasında eser element ve vitamin desteği unutulmamalıdır. Uzun süreli açlıkta Tiamin eksikliği sıkça rastlanılan bir durumdur. Ciddi nörolojik bozukluklara sebep olabilir (Beri-beri).

Sonuç: Yaşlıda malnütrisyon oldukça sık karşılaşılan bir klinik durumdur. Tanı konulup tedavi edilmediğinde diğer mevcut klinik hastalıkların tedavisini güçleştirmekte, diğer taraftan hasta ile ilgili komplikasyonların artmasına sebep olacağından morbidite ve mortaliteyi arttırarak hekimin elini zayıflatmaktadır. Bu nedenle mutlaka erkenden taranmalı ve uygun hastalar tedavi edilmelidir. Hastanelerde en önemli sorun malnütrisyonun tanınması aşamasındadır, çünkü özellik büyük hastanelerde tüm yatan hastaların taranması oldukça zor ve zaman alacak bir iştir. Taramalar standart uygulamaların içine entegre edilebilirse en önemli engel ortadan kaldırılmış olur.

Kaynaklar

1. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2010 yılı sonuçları. T.C. Başkabanlık Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 28 Ocak 2011; Sayı 19
2. Morley JE. Anorexia of aging: Physiologic and pathologic. Am J Clin Nutr 1997;66:760-773
3. Marton KI, et.al. Involuntary weight loss: diagnostic and prognostic significance. Ann Intern Med 1981;95:568-74
4. Corpas et.al, Endocr Rev 1993;14:20-39
5. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, Thomas DR, Anthony PS, Charlton KE, Maggio M, Tsai AC, Vellas B, Sieber CC; Mini-Nutritional Assessment International Group. Frequency of malnutriton in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. J Am Geriatr Soc 2010; 58:1734-1738.
6. Volkert D et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. Clin Nutr 2006; 25: 330–360.,

Demansta Malnütrisyon Tedavisi

Uzm. Dr. Sevnaz Şahin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri BD, İzmir

Yaşlı nüfüs hızla artmaktadır ve beraberinde demans sıklığı da artmaktadır. 2010 verilerilerine dünyada 35 Milyon demans hastası olduğu tahmin edilmektedir. Demans hastaların %70 inde etiyolojide Alzheimer bulunmaktadır. Ülkemizde 70 yaşın üzerinde Alzheimer sıklığı %11 olarak belirtilmektedir. Yaş ilerledikçe artan diğer bir patoloji ise malnütrisyondur. Malnütrisyon sıklığı toplumda yaşayan yaşlılar %5-15 arasında belirtilmekte, bu oran huzur evlerinde %85 kadar çıkabilmektedir. Demanslı hastalar malnütrisyon açısından incelendiğinde demansı olmayanlara göre malnütrisyon oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu vurgulanmaktadır.

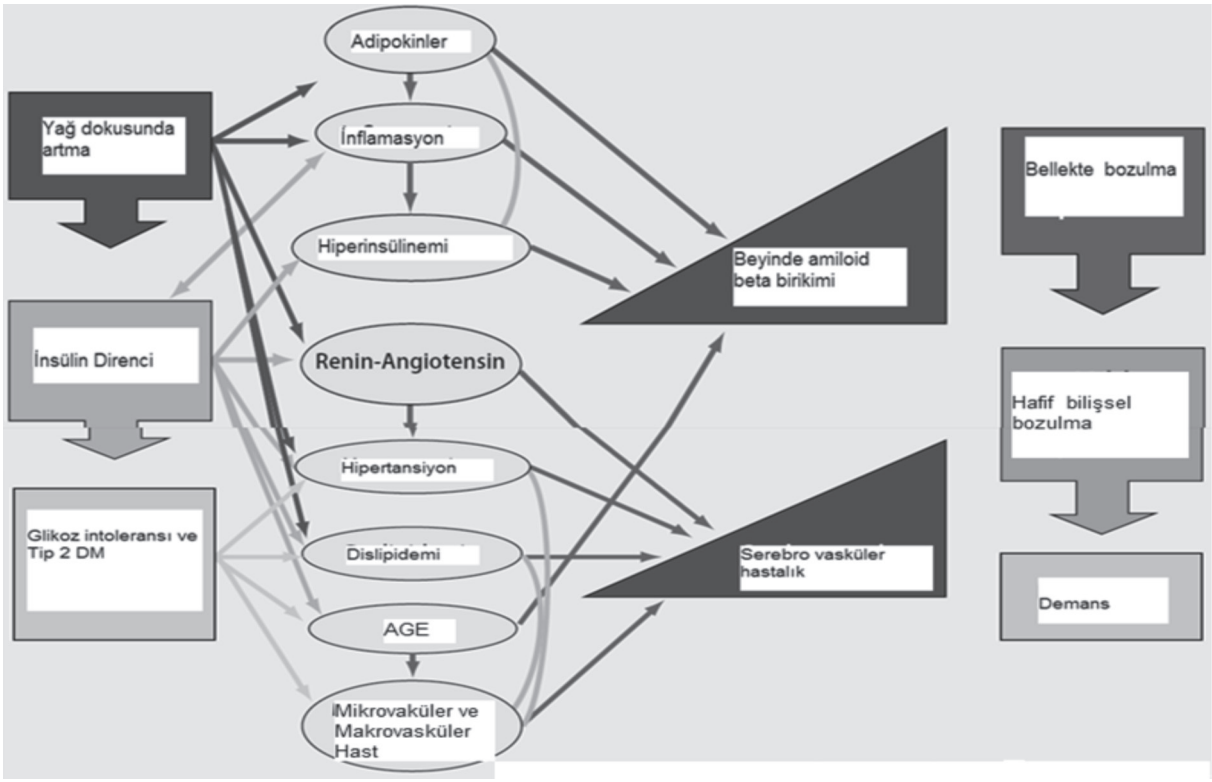
Beslenme , demansta erken evrelerden başlayarak son derece önemli bir yere sahiptir. Bunun dışında yaşla birlikte artan yağ dokusu, insülin direnci, kronik inflamasyon, sitokinler, renin anjiotensin sisteminin aktivasyonu gibi bir çok mekanizma demans için risk faktörü olabilmektedir (Şekil 1).

Alzheimer gelişiminde değiştirilebilir risk faktörleri incelendiğinde beslenmenin önemi anlaşılacaktır. Bunlar; Satüre yağlar, Obesite , Arterial Hipertansiyon, Hiperkolesterolemi, Sigara, Alkol , Sedatif yaşamdır.

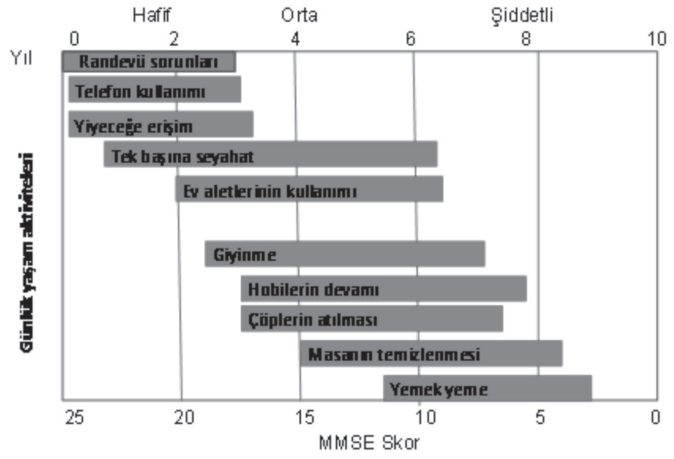
Demans gelişimini engeleyecek belli bir beslenme diyeti olmamasına rağmen Akdeniz diyetinin olumlu etkileri vurgulanmaktadır. Yine akdeniz diyetinde bolca yer alan balığın bilişsel fonksiyonları olumlu etkilediği belirtilmektedir.

Demansın ileri aşamalarında beslenme bozukluğu gözle görülür bir gerçek olmaktadır. Bununla demanslı hastada aslında erken evrelerde günlük yaşam aktivitelerinin bozulması ile beslenme bozukluğu başlamaktadır (Şekil 2). Demanslı hastalarda erken dönemde başlayan entrümantel yaşam aktivitelerinde kısıtlılık yaşlının yemek yapmasını engelleyerek beslenme bozukluğuna neden olabilir.

Şekil 1; Demans gelişiminde beslenmenin etkisi



Şekil 2: Alzheimer süreci ve günlük yaşam aktiviteleri ilişkisi



Erken evreden başlayarak yaşlı bakıcı veya yaşlı yakınının beslenmeyi destekleyici tutumları önem kazanmaktadır.

Yaşlı bakıcı veya yakınına pratik öneriler (Erken Evre):

- Su ve meyve suyu tüketimini desteklemek
- B vitamini, C vitamini, E vitamini desteği
- Yeşil yapraklı, lifli gıdaların tüketilmesini arttırmak
- Kafein tüketimini azaltmak
- Alkol tüketimini azaltmak (alkolü taklit eden tatlar kullanılabilir)
- Öğünlerin kontrol edilmesi
- Kıyafetler vasıtası ile kilo kaybının olup olmadığının kontrolü

Yaşlı bakıcı veya yakınına pratik öneriler (Orta Evre)

- Erken evredeki önerilere devam edilmesi
- Çatal bıçak kullanımı gerektirmeyen elle yenebilen yiyeceklerin tercih edilmesi
- Düzenli aralarla çeşitli sıvıların alınmasını sağlamak
- İştahı arttıracak aromaların kullanılması (örneğin vanilya, tarçın)
- Yemek zamanı yemeklerin hazırlanması sırasındaki kokunun iştahı arttırması
- Besin değeri yüksek yiyeceklerin tercih edilmesi
- Yemeği çekici hale getirecek mevsim renklerinin kullanılması
- Oral hijyenin ve diş bakımının değerlendirilmesi
- Eskiden olduğu şekilde sosyal, rahat, duygusal olarak stimüle edici , memnuniyet verici bir atmosferde yemek yeme imkanının hazırlanması
- Mümkünse bir başkası ile beraber yemeği destekleme

Yaşlı bakıcı veya yakınına pratik öneriler (İleri Evre)

- Orta evredeki önerilere devam edilmesi
- Diyetisyen konsültasyonu
- Tıbbi destek ürünleri için hekimin görüşünün alınması
- Bakteriyel kolonizasyonu engellemek için diş ve oral hijyene dikkat edilmesi
- Yaşam sonu durumlarla ilgili aileyi bilgilendirme, ileri direktifler için aileye yönlendirme
- İstek bilinmiyorsa aileyi hekimle görüşme konusunda destekleme (tüple beslemenin yararı ve zararları ile ilgili olarak)
- Beslenme tüpü ile ilgili olarak beslenme desteği konusunda ailenin kararlarını destekleme

Avrupa klinik nutrisyon ve metabolizma derneğinin (ESPEN) geriatrik hastalar için 2006 yılında yayınlanan enteral beslenme rehberinde demanslı hastalardaki önerileri şu şekildedir.

- Oral destek veya tüple beslenme demanslı hastada nutrisyonel durumu düzeltebilir
- Erken-orta evre demansta Oral beslenme ekleri nadiren de tüp beslenme yeterli alımı sağlayarak beslenme yetersizliğini önleyebilir, bu nedenle önerilmeli (Kanıt düzeyi C).
- Demanslı hastada oral beslenme desteği veya tüple beslenme nutrisyonel durumu düzeltir
- Her vaka kendi başına değerlendirilmelidir (Kanıt düzeyi C).

Erken evre Alzheimerlı hastalarda malnütrisyon gelişiminin engellenmesi için yaşlının iştahına, öğünlerde tükettiği yemek miktarına dikkat edilmelidir. Malnütrisyon riski saptanan yaşlılara erken dönemde ek beslenme ürünlerine başlanmalıdır. Ek beslenme ürünlerinin seçiminde yaşlının kronik hastalıkları, aroma tercihi önemlidir.

İleri evre demanlı hastalarda tüple veya gatrostomi kararı verilirken hastanın değerleri ve bilimsel kanıtlar birlikte düşünülmelidir. Tüple beslenmenin aspirasyon pnemonisini önlediği infeksiyon riskini azalttığı, sağ kalımı uzattığına dair kanıtlar yetersizdir. ESPEN terminal demanslı hastalarda tüple beslenmeyi önermemektedir. Literatürde son dönem demansta medikal problemlerin ve psikolojik semptomların tedavisi ve aynı ölçüde bireyin saygınlığının korunmasının öneminin altı çizilmektedir. Bununla birlikte yaşanan toplumun değerleri de dikkate alınmalıdır. Uzun süreli beslenmenin planlandığı demanslı hastalarda en kısa sürede perkutan enteskopik gastrostomiye geçilmelidir.

Olgularla Yaşlıda Malnütrisyon, Sarkopeni ve Tedavisi

Doç. Dr. Meltem Halil

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi

Malnütrisyon ve sarkopeni yaşlı hastalarda sık görülen ve morbidite ve mortaliteyi artıran önemli geriatrik sendromlardır. Fakat özellikle farkındalığın az olması nedeniyle bu hastalar yeterince tanı alamamakta ve tedavi görememektedir.

Toplumda yaşayan yaşlı kişilerin %10'a yakın bir bölümünde belirgin malnütrisyon görülmektedir. Malnütrisyon riski altında olan yaşlıların oranının ise %45'lere kadar çıkabildiği gösterilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Geriatri Ünitesi'ne ayaktan başvuran hastaların yaklaşık üçte birinin malnütrisyon riski altında olduğu saptanmıştır. Bu oran hospitalize hastalarda ve bakımevlerinde kalan hastalarda çok daha yüksektir. Bu kadar sık görülen bir problem olmasına rağmen hastaların çoğu nütrisyonel açıdan değerlendirilmemekte ve beslenme destek tedavisi almamaktadır. Bu nedenle her yaşlı hasta mutlaka nütrisyonel durum açısından değerlendirilmelidir. ESPEN yaşlı hastaların değerlendirilmesinde Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testini önermektedir. Beslenme destek tedavisinde amaçlar yaşlı ve gençler arasında çok farklı değildir. Fark; gençlerde morbidite ve mortalite azaltımının, yaşlıda ise fonksiyonel durum ve yaşam kalitesinin idamesinin daha ön planda olmasıdır.

Sarkopeni kas kütlesi, kas gücü ve fonksiyonunda progresif jeneralize kayıptır. Esas olarak yaşlanma sürecinin bir sonucudur ve bir geriatrik sendrom olarak kabul edilir. Sarkopeniye genellikle fiziksel inaktivite, mobilitede azalma, yavaş yürüme ve zayıf fiziksel dayanıklılık eşlik eder. Sarkopeni gelişiminde kas kütlesi ve kas liflerinde kayıp, artmış inflamasyon, hormonal düzeylerde değişme, kötü nütrisyonel durum ve bozulmuş renin-anjiotensin sistemi gibi çok sayıda faktörün rolü vardır. Sarkopeni tanısı için kas kütlesi, kas gücü ve fiziksel performansın değerlendirilmesi gerekmektedir.

Yaşlıda sarkopeni gelişiminde malnütrisyon, özellikle de proteinden fakir diyet ve Vitamin D eksikliği önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle sarkopenili bireyin beslenme destek tedavisinde bu noktalar göz önünde bulundurulmalıdır.

Son dönemlerde yapılan çalışmalarda, önerilen 0.8g/kg/gün protein alımının yaşlılarda yetersiz olduğu ve optimal sağlık durumunun sağlanabilmesi için protein alımının 1.2–1.3g/kg/gün'e artırılması gerektiği düşünülmektedir. Özellikle zorunlu inaktivite dönemlerinde 1.5g/kg/gün protein alımı önerilmektedir. Günlük protein alımının gün içinde öğünlere orantılı bir şekilde dağıtılması gerekmektedir.

D vitamini kas ve kemik metabolizmasında önemli rol oynamaktadır. İskelet kasındaki vitamin D reseptörüne bağlandığı zaman kas protein sentezi artmakta ve hücre zarından kalsiyum alımı artmaktadır. D vitamini replasmanının yaşlı bireylerde düşme riskini de belirgin olarak azalttığı gösterilmiştir. Bu etki 700-1000 IU/gün dozunda yapılan Vitamin D replasmanı ile belirgindir.

Kaynaklar:

1. Ülger Z, Halil M, Kalan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E, Arioğul S. Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. Clin Nutr. 2010 Aug;29(4):507-11.
2. Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P, Milne A, et al; ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition). Clin Nutr. 2006 Apr;25(2):330-60. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics.
3. Wolfe RR, Miller S, Miller K. Optimal protein intake in the elderly. Clin Nutr 2008;27(5):675–84.
4. Ferrando AA, Paddon-Jones D, Hays NP, Kortebein P, Ronsen O, Williams RH, et al. EAA supplementation to increase nitrogen intake improves muscle function during bed rest in the elderly. Clin Nutr. 2010 Feb;29(1):18-23.
5. Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Topinková E, Michel JP. Understanding sarcopenia as a geriatric syndrome. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2010 Jan;13(1):1-7.
6. Thomas DR. Sarcopenia. Clin Geriatr Med. 2010 May;26(2):331-46.

7. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al; European Working Group on Sarcopenia in Older People. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing. 2010 Jul;39(4):412-23.

Kan Şekerini Nereye Kadar Düşürelim?

Doç. Dr. Murat Yılmaz

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD

Tip 2 DM'un mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonları yaşam kalitesini önemli derecede azaltır ve erken ölümlere neden olur. DM tedavisinin temel amacı diyabete bağlı komplikasyonların önlenmesi; eğer komplikasyon varsa ilerlemesinin engellenmesidir. Diyabetin komplikasyonlarının önlenmesinde ve ilerlemesinin engellenmesinde yaşam tarzı değişikliği, kilo verilmesi, kan basıncı ve kan lipid düzeyi kontrolü rol oynamakla beraber, kan şeker düzeyinin kontrolünün önemli etkisi vardır. Bununla beraber son yıllarda farklı çalışmalarda elde edilen bulgular değerlendirildiğinde sıkı kan şekeri kontrolünün diyabete bağlı mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonların önlenmesi ve KVH mortalite üzerine etkisi sorgulanmaya başlanmıştır.

UKPDS çalışmasında yeni tanı almış Tip 2 DM'lu olgularında metformin , sülfonilüre yada insülin tedavisinden oluşan yoğun tedavi grupları ile diyet tedavisinden oluşan konvansiyonel tedavi grupu karşılaştırılmıştır. Sülfonilüre yada insülin tedavisi alan olgularda HBA1c düzeyi % 7.0 olarak saptanırken konvansiyonel tedavi grubunda ise %7.9 bulunmuştur. 10 yıllık izlem sonunda yoğun tedavi alan grupta mikrovasküler komplikasyon görülme sıklığı % 25 azalırken, makrovasküler hastalık riskinde anlamlı olmayan % 10 luk bir azalma saptanmıştır. Metformin tedavi çalışma kolunda ise HbA1c %7.4, konvansiyonel grupta ise HbA1c % 8.0 olarak saptanmıştır. 10 yıllık izlem sonunda diyabete bağlı ölümlerde ve tüm ölüm oranlarında metformin alan olgularda önemli oranda azalma saptanmıştır. HbA1c azalması metformin kolunda insülin/SU koluna göre göreceli olarak daha az olsa da MI, inme ve hipoglisemi görülme sıklığı daha düşük bulunmuştur. Her iki gruptada HbA1c düzeyi benzer olmasına karşın, sülfonilüre/insülin alan grupta tüm mortalite %13, MI %15 oranında azalırken, metformin alan grupta MI %33 ve tüm mortalite % 27 azalmıştır.

UKPDS çalışmasına karşın 3 büyük çalışmada sıkı kan şekeri kontrolünün tip 2 DM'lu olgularda kardiyovasküler olayları azaltmadığı gösterilmiştir. Bu çalışmaların önemlilerinden biri ACCORD çalışmasıdır. ACCORD çalışması yoğun tedavi grubunda KVH mortalitesi arttığı için çalışma 3.5 yıllık izlem sonrası erken olarak sonlandırılmıştır. HbA1c düzeyi mortalitenin bir belirteci olarak saptanmıştır.Ölüm oranları başlangıç HbA1c düzeyi yüksek olan ve izlem sonunda hala yüksek olan olgularda daha yüksek bulunmuştur. Bununla beraber ACCORD çalışmasının alt grupları incelendiğinde KVH olmayan olgularda KVH mortalitesinin yoğun tedavi grubunda azaldığı saptanmıştır.

VADT çalışmasında 5.6 yıllık izlem sonucunda yoğun tedavi alan grupta HBa1c % 6.9, konvansiyonel grupta % 8.4 olmasına karşın KVH mortalitesinde fark saptanamamıştır. Yoğun tedavi alan olguların %8.5'uğunda en az bir kere hipoglisemi, konvansiyonel grubun %3.5'uğunda en az bir kere hipoglisemi saptanmıştır. Bununa beraber çalışmanın alt grupları incelendiğinde KVH olmayan olgularda yoğun tedavinin KVH ölüm oranını azalttığı gösterilmiştir.

ADVANCE çalışmasında 5 yıllık izlem sonucunda yoğun tedavi alan grupta HbA1c %6.5, kontrol grubunda ise % 7.3 olarak saptanmıştır. ACCORD ve VADT çalışmasına benzer olarak KVH olmayan olgularda mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonların yoğun tedavi alan grupta daha az görüldüğü saptanmıştır.

UKPDS çalışmasıyla karşılaştırıldıklarında ACCORD, ADVANCE ve VADT çalışmaları daha kısa izlem sürelerine sahiptirler buna ek olarak bu çalışmalardaki olgular daha yaşlı ve diyabet süreleri daha uzun olan olgulardır. Ek olarak bu çalışmalarda olguların önemli bir kısmı KVH tanısı almış olan olgulardır.

Bu çalışmaların ışığı altında diyabetik olgularda kan şekeri kontrol hedefi bireyselleştirilmelidir. Diyabetik olgularda yoğun tedavin yararı yada zararı, hastanın yaşı, diyabetin süresi, tedavi başlama zamanı, aterosklerozun varlığı yada yokluğuyla ilişkilidir. . Yaşam beklentisi düşük, uzun süre DM yada KAH'lı olgularda HbA1c hedefi %7.0-7.5 olmalıdır. Buna karşın genç ve yeni tanı DM'lu olgularda HVH olmayan olgularda HbA1c düzeyi %7.0 nin altında olmalıdır

Yaşlılar da Depresyona Girer! (Doğrular Yanlışlar)

Uzm. Dr. Semra Ulusoy Kaymak
Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Yaşlı depresyon hastalarını doğru tedavi edebilmek, doğru tanı koyabilme noktasından başlamaktadır. Bu yaş grubunda depresyon hem hasta ve yakınları hem de hekimlerce yok sayılabilmekte, normal yaşlanmanın veya fiziksel hastalıkların bir parçası olarak görülmektedir. Yaşlı hastalarda ruhsal rahatsızlıkların klinik görünümü daha genç yaştaki erişkinlerden farklı olabilmektedir. İştahsızlık, kilo kaybı, kabızlık, cinsel isteksizlik gibi somatik yakınmalar ve dalgınlık, unutkanlık gibi bilişsel belirtiler klinik tabloya hakim olmaktadır. İ***çe çekilme***, irritabilitede artış, endişe yaşlı depresyonunun belirtileridir. Öznel huzursuzluklarını belirtmemektedirler. ***Çökkünlük tarif etmeyen yaşlılar hiçbir şey hissetmediklerinden veya ilgilerini yitirdiklerinden bahsedebilirler. Yaşlıların duygudurum belirtisi ifade etmemeleri 'üzüntüsüz depresyon' gibi bir k***avramın oluşumuna yol açmıştır [1]. Ayrıca eşikaltı belirtiler, majör depresyona göre 3 kat fazla görülmektedir. Hafif bilişsel bozulmanın da katkısıyla bu yaş grubu belirtileri hatırlayıp ifade etmede zorlanabilirler ve özellikle irdelenmediğinde depresyon kolayca atlanabilmektedir [2].

Majör depresyona ek olarak, minör depresyon ve distimik bozukluğun toplam görülme prevalansı %25'lere varmaktadır. Yalnızca majör depresyon görülme prevalansı % 14-42 arasındadır [3]. Depresyonun etkili bir şekilde tedavi edilmesi önemlidir. Yaşlılarda depresyon sık görülmekte, intihar riskini artırmakta, fiziksel hastalıkların ortaya çıkışı ve seyrini olumsuz etkilemekte, mortaliteyi artırmakta, fiziksel ve zihinsel yetiyitimine yol açmakta, yaşam kalitesini düşürmektedir [2,4,5]. Yaşlılarda kadın cinsiyet, dul ya da boşanmış olma, sosyoekonomik düzey ve sosyal desteğin kötü olması, beklenmeyen olumsuz yaşam olayları, fiziksel hastalıklar, kurum bakımında olma ve fiziksel ve zihinsel yetiyitimi yaşlılarda depresyonla ilişkili bulunmuştur [2].

Tedavide farmakolojik yaklaşım kadar psikoterapi yaklaşımları da kullanılmalıdır. En yüksek tedavi başarısı ilaç tedavileri ve psikoterapinin birlikte kullanıldığında olmaktadır [2]. Farmakolojik tedaviler, hasta ve bakım verenin günlük pratiğini kolaylaştırmak açısından mümkün olduğunca basit bir biçimde planlanmalıdır. Bir yandan da hastaların diğer medikal hastalıkları, bu hastalıklar için kullandıkları ilaçlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşlılar için temel farmakoloji kuralları burada da geçerlidir; düşük başla, yavaş artır! İlaçları etkin doz ve sürede kullanma kuralı geçerlidir.

Yaşlı hasta grubunda erişkinlerle aynı antidepresan ilaç grupları etkili bulunmuştur [7]. Seçilecek ilaçların yan etkileri en az, ilaç etkileşimleri en düşük, toksik dozda morbidite ve mortalitesi düşük olmalıdır. İşlevselliği ve yaşam kalitesini olumlu etkilemelidir. Bu yaş grubunda yan etkiler daha kolay ortaya çıkmaktadır. Oluşan yan etkiler, genç erişkinlere göre daha fazla morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır. Yaşlı bir hastanın kullandığı ilaç sayısının ortalama olduğu göz önüne alındığında ilaç etkileşimine yol açmayacak bir antidepresan seçimi yapmanın önemi anlaşılabilir. Yaşlılarda depresyonun fiziksel hastalıklara ikincil olma riski daha yüksek olduğundan tanı aşamasında sistem sorgulamasının, fizik muayenenin ve gerekli laboratuar tetkiklerinin tamamlanması gerekir [2,7].

Tedavi akut dönem, sürdürüm ve koruma olarak üç aşamada planlanır. Genellikle ilaç dozu farmakodinamik ve farmakokinetik değişimler nedeniyle erişkin dozdan daha düşüktür; yarısı ya da üçte biri gibi. Yaşlılarda antidepresan yanıt, gençlere göre daha geç olarak ortaya çıkabilmektedir. Uzman uzlaşısı, yanıt için en az üç hafta beklenmesi gerektiğini ve yanıt verenlerde remisyon için ortalama 8-12 hafta gerekebildiği bildirilmektedir. Tedavide erken yanıt alınması hastanın remisyona girme şansının da yüksek olduğunun göstergesidir. Bununla birlikte ilk dört haftada hiç yanıt yoksa ilaç değişimine gidilmelidir. Akut tedavi sonrasında 6 ay sürdürüm tedavisi yapılmalıdır. Uygun doz akut tedavideki dozdur. Eğer epizot psikotik özellikli ise birlikte kullanılan antipsikotiğin de 6 ay kadar devam edilmesi ve kesilmesi önerilmektedir. Yineleme riski yüksek olanlarda ise koruma tedavisi yapılmalı ve antidepresanlara en az 1–2 yıl devam edilmelidir. Koruma tedavisi dozu atak sırasında kullanılan dozla aynı olmalıdır. Yinelemeyi en iyi öngören durumlardan biri yaşam boyu 3

veya daha fazla epizot geçirmiş olmasıdır ki bu durumda tedavi 3 yıl veya daha uzun tutulabilir. Başlangıç epizotun şiddetli olması, anksiyete belirtilerinin eşlik etmesi, tedaviye yanıt ve depresyonun geç başlangıçlı olması da yineleme için risk oluşturmaktadır [2,7].

İlaçların etkileri ve uygulama şekilleri dışındaki önemli konulardan biri de tedavi uyumudur. Hastaların yaklaşık % 70'i ilaçlarının %25-50'sini almayı unutmaktadırlar. Hasta ve aile hem tanıyı hem de uzun soluklu tedavinin rasyonelini anlamakta zorlanırlar [2,7].

İlk tercih edilen ilaçlar serotonin geri alımını önleyiciler (SSRI) olmaktadır. Etki mekanizmaları presinaptik serotonin gerialım pompasını engelleyerek serotonerjik iletiminin artması şeklindedir. Yaşlı depresyon hastalarında Sertralin, Essitalopram/Sitalopram, Fluoksetin, Paroksetin plaseboya göre üstün bulunmuştur [2,7]. Etkinlik açısından SSRI'ların birbirindan farklılığı görülmemiştir. Bununla birlikte plasebo yanıtının yüksek olduğu görülmektedir. SSRI'ların trisiklik antidepresanlarla karşılaştırıldığı çalışmalar eşit etkinlik ve daha iyi tolerebiliteye işaret etmektedirler. SSRI'ların yan etkilerinin daha kolay tolere edilebilir olması, bilişsel bozukluk yapmaması ve günde tek doz kullanım kolaylığı olması bazı avantajları olarak görülebilir. En sık yan etkileri gastrointestinal yakınmalar (iştahsızlık, ishal, bulantı), sinirlilik, cinsel yan etkiler, başağrısı, sersemlik hissi, kilo kaybı ve uykusuzluktur. Genelde çoğu yan etkiye karşı ilk 2-4 haftada tolerans gelişir. Antikolinerjik yan etkileri daha az olduğu için bilişsel işlev bozukluğu olan hastalarda da tercih edilebilir. SSRI'lar erişkin dozun yarısı ya da çeyrek dozunda başlanmalı ve 1-2 hafta içinde tolere edilebilirliğine göre doz arttırılmalıdır [7]. Fluoksetin, paroksetin için en düşük etkili doz aralığı 10-20 mg iken sertralin için 50-100 mg'dır. Citalopram için de doz aralığı 10-20 mg iken son dönemde bu doz daha aşağıya çekilmiştir. Citaloptam ve essitalopram için QT aralığı uzun olan kişilerde kullanılmaması uyarıları yapılmaktadır. SSRI'lara bağlı ortaya çıkan uygunsuz antidiüretik hormon sendromu, ekstrapiramidal bulgular ve bradikinezi gençlere göre daha fazla görülebilen yan etkilerdir. Ayrıca, uykusuzluk, bulantı, anoreksiya, kilo kaybı gibi sorunlar da olabilir. SSRI'ların sitokrom P450 sistemi üzerine etkileri nedeniyle dahiliye kliniklerinde sık kullanılan warfarin gibi antikoagulanlar, antihipertansifler ya da digoksin gibi ilaçlarla olan etkileşimlere çok dikkat etmek gerekmektedir. Sitokrom P450 inhibisyonu sonucu bu yolla metabolize edilen ilaçların kan seviyelerini artar. Tüm SSRI'lar içinde sitalopram ve sertralin göreceli olarak daha az ve daha yüksek dozlarda sitokrom P450 inhibisyonu yaparlar [2,7].

Mirtazapin de yaşlılarda tercih edilen bir antidepresandır. Etki mekanizması α-2 antagonizması, 5-HT2, 5-HT3 antagonizması üzerinden olur. Yaşlı depresyon hastalarında uyku, iştah, kilo arttırıcı etkisinden faydalı olabileceği hastalar yanında aşırı uykululuk, kilo alımının yan etki olabileceği hastalar da bulunmaktadır [2,7]. Akşamları 15 mg ile başlayıp artır**ılabilir**.

Presinaptik serotonin ve noradrenalin geri alımını engelleyen (SNRI) ilaçlar venlafaksin, duloxetin ve milnasiprandır. Yaşlılarda depresyon tedavisinde bu grubun SSRI'lar veya TCA'ya ek bir etkinlik göstermemişlerdir [12]. Venlafaksin başlangıç dozu 37.5 mg olup, doz kademeli olarak arttırılabilir. Tedaviye dirençli depresyonlarda tercih edilen bu ilacın bulantı, sinirlilik, titreme, kan basıncında artma gibi yan etkileri doz arttırımıyla belirginleşebilir [12]. Hipertansiyon hastalarında özellikle de tansiyon regülasyonu henüz sağlanmamışsa venlafaksin tedavisinden kaçınılmalıdır. Venlafaksin %30 proteine bağlanma oranıyla warfarin, digoksin gibi yüksek protein bağlanma oranı olan ilaçlarla güvenle kullanılabilir. Benzer etki mekanizmasına sahip olan duloksetinin yaşlılarda etkili ve güvenli kullanımını bildiren çalışmalar vardır. Bu çalışmalarda hastaların ağız kuruluğu ve konstipasyon gibi noradrenerjik yan etkileri daha fazla yaşadıkları ve ilacı bırakabildikleri görülmüştür [2,7,12]. Duloksetin, CYP 2D6 üzerinde fluoksetin ve paroksetin kadar olmasa da inhibitör etkilidir. Bu da aripipirazol, olanzapin, risperidon ve donepezil gibi ilaçların metabolizmasını yavaşlatacağı anlamına gelmektedir.

Agomelatin bir melatonin reseptör agonistidir. MT1-2 agonisti ve 5HT2C antagonistidir. Yaşlı hastalarda uyku düzenlemesine de katkı sağlayabilecek, cinsel yan etkisi az iyi bir seçenek olabilir. Bununla birlikte yaşlılarda güvenli kullanımı çalışmaları yapılmamıştır, kardiyak yan etkileri bilinmemektedir.

Elektrokonvülsif tedavi (EKT) ağır majör depresyonu olan yaşlılarda, sanrı, varsanı ya da diğer psikotik özellikleri olan depresyonda, ağır psikomotor yavaşlaması olan hastalarda, katatonik stuporda, ciddi intihar riski olan hastalarda tercih edilebilir etkili bir tedavi yöntemidir [13]. **Ağır-orta derecede depresyonu olan, ilaç tedavisini tolere edemeyen hastalarda da kullanılabilir. Yaşlı depresyon hastaların**da EKT ile iyileşme oranlarının gençlere göre daha iyi olduğu bildirilmektedir. Yaşlı depresyon hastalarında EKT sonrası, deliriyum, konfüzyon, geçici hipertansiyon ve geriye dönebilen ektopik kalp atımları görülebilir. Deliriyum özellikle yaşlı ve demanslı hastalarda daha sık görülür. EKT ile antegrad ve retrograd amnezi olabilir ancak çoğunlukla tam olarak düzelir. EKT kalıcı bilişsel hasar yapmaz, ancak EKT sırasındaki

olayların kısmen hatırlanmaması görülebilir. Bilişsel yan etkileri nedeniyle EKT' nin yaşlılarda haftada 1 yada 2 kez ya da unilateral yapılması önerilir. Akut iyileşme genellikle yeterlidir; ancak tedavi kesildiğinde yineleme riski çok yüksek olduğu için mutlaka antidepresan ilaçlarla tedavi sürdürülmelidir. Tedaviye lityum, lamotrijin ve valproat gibi bir duygudurum düzenleyicisi ile devam edilmesi monoterapi idamesinden üstündür [2,7,13].

Trisiklik antidepresanlar (TSA) depresyon tedavisinde etkili olmalarına rağmen yan etkileri ve ilaç etkileşimleri nedeniyle önerilmemektedir. Antikolinerjik ve kardiyovasküler yan etkileri ön plandadır. Sedasyon, glokom, üriner obstrüksiyon, aritmiler, QT uzaması, 2 derece AV blok, sol dal bloğu, bifasiküler blok, atrial fibrillasyon görülen yan etkileri arasındadır [12]. Monoamin oksidaz inhibitörleri ve seçici noradrenalin geri alım inhibitörleri de yan etkiler ve ilaç etkileşimleri nedeniyle bu yaş grubunda tercih edilmemektedir.

Yaşlı depresyon hastalarında etkili psikoterapiler kişilerarası terapi, kognitif davranışçı tedavi ve problem çözme terapisidir. Matemde olan depresif hastaya yaklaşımda, önemli yaşam krizleri yaşayanlarda, sosyal destek azlığında, yetiyitimi gelişenlerde ve yaşamda karşılaşacağımız olaylarla baş etme becerileri eksikliğinde psikoterapi esastır. Ayrıca antidepresan tedavi etkisini gösterene kadar belirtileriyle baş etme ve tedavi uyumu destekleme konusunda psikoterapi yardımcı olabilir. Bunlara ek olarak biyolojik tedavileri tolere edemeyen hastalarda kurtarıcıdır. Etkin olması ve yan etkilerinin bulunmamasına rağmen psikoterapiler yaşlı depresyon hastalarında az kullanılmaktadır [2,7,13].

Depresyon yaşlılarda bellek problemlerinden sonra en sık yetiyitimine neden olan durum olduğundan, etkili bir şekilde tedavi edilmesi önemlidir. Etkin tedavi ile morbidite ve mortalite oranları ve bakım ihtiyaçları azalmaktadır.

Kaynaklar

1. Ruchiel MA: Depression. Textbook of cunsultation Liasion Psychiatry. Ed. Wise GM. Washington, American Psychiatric Publishing, 2002: 307-39.
2. Alexopoulus GS, Kelly RE. Geriatric Mood Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9. Baskı, 2. Cilt, Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (Ed), Lippincot Williams & Wilkins, 2009: 4047-57.
3. Hybels CF, Blazer DG: Epidemiology of late-life mental disorders. Clin Geriatr Med 2003; 19: 663–96.
4. Hawton K ve van Heeringen K (2009) Suicide. Lancet. 373(9672):1372-81.
5. Marinho PE, Melo KP, Apolinário AD, Bezerra E, Freitas J, Melo DM, Guerra RO, Dornelas de Andrade A (2009) Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions (LSIs) and in the community in Brazil. Arch Gerontol Geriatr. Epub ahead of print.
6. Alexopoulus GS, Kelly RE. Geriatric Mood Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9. Baskı, 2. Cilt, Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (Ed), Lippincot Williams & Wilkins, 2009: 4047-57.
7. Ellison JM, Kyomen HH, Harper DG. Depression in later life: An overview with treatment recommendations. Psychiatr Clin North Am 2012;35(1):203-29.
8. Newhouse PA, Krishnan KRR, Doraiswqami PM, Richter EM, Batzar ED, Clary CM. 2000. A double blind comparison of setraline and fluoksetine in depressed elderly outpatients. J Clin Psychiatry,61:559-68.
9. Schneider LS, Nelson JC, Clary CM, Newhouse P, Krishnan KR, Shiovitz T, Weihs K, Setraline elderly depression study group.2003. A 8-week multicenter, parallel-group,double-blind, placebo-controlled study of setraline in elderly outpatients with major depression. Am J Psychiatry,160:1277-85.
10. Schatzberg Af, Kremer C, Rodrigues HE, Murphy GM, The Mirtazapine vs. Paroxetine Study group. 2002. Double blind, randomized comparison of mirtazapine and paroxetine in elderly depressed patients. Am J Geriatric Psychiatry, 10(5): 541-50.
11. Roose SP, Alexopoulos G, Burke W, Grossberg G, Hakkarainen H, Hassman H, Jacobsen A, Katz I. 2002. Treatment of depression in the 'old-old': A randomized, double-blind, placebo controlled trial of citalopram in patients at least 75 years of age.
12. Mukai Y, Tampi RR. Treatment of Depression in the Elderly: A Review of the Recent Literature on the Efficacy of Single- Versus Dual-Action Antidepressants. Clin Ther 2009; 31(5):945-61.
13. Alexopoulus GS (2010) Psychotherapy for late-life depression. J Clin Psychiatry; 71(6):e13.

Kronik Hastalık Yönetiminde Birinci Basamak İçin Pratik Öneriler

Dr.Esra Üçüncüoğlu
İstanbul Aile Hekimliği Derneği (İSTAHED)

BİRİNCİ BASAMAKTA KRONİK HASTALIK YÜKÜ

2009 yılında İstanbul-Pendik ilçesinde sağlık ocaklarına başvuran 60 yaş üstü hastalara uygulanan bir anket çalışmasının sonuçlarına göre[1] 60 yaş üstü halkın %33.5'i ayda birkaç defa herhangi bir sebeple sağlık kurumuna başvurmakta ve bunların %97,4'ünün en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Hipertansiyon %67,7 ile en sık görülen kronik hastalıktır. Kesin bir teşhis konamamasına rağmen, analjezik kullanım ihtiyacı oluşturan kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ise %42,9 ile ikinci sıklıkta görülmektedir.

Aile hekimi; kişiyi ana rahmine düştüğünden itibaren sağlığının korunması görevini alan hekimdir. Bunu gerçekleştirmek için hastalıklardan, hastalığın komplikasyonlarından ve mevcut hastalığın sebep olabileceği sakatlıklardan koruma bakımından her yaş dönemi için yapılacak takipleri vardır. Çocukluk döneminde daha ağırlıklı olarak bağışıklama hizmetleri ile primer koruma ön planda iken, yaş ilerledikçe koruma yelpazesinin tersiyer koruma tarafında yoğunlaştığını görmekteyiz.

Birinci basamak hekimlerinin ilk görevi sağlığı korumak ve geliştirmek, temel sağlığı desteklemek olmasına rağmen, henüz poliklinik hizmetleri yoğunluğu içerisinde bu görev istenilen kadar gerçekleştirilememektedir. Günlük ritim içerisinde bir hekimin yoğunluğunun her basamak sağlık kuruluşunda olduğu gibi aile hekimi muayenehanesinde de hasta kişi tanı ve tedavisi üzerine odaklandığını hepimiz biliyoruz. Üzerinde durmamız gereken nokta ise tedavi ederken de korumak ve sağlığı geliştirmek adına yapılması gerekenler vardır.

Derneğimizin(İSTAHED)2012 Şubat ayında yaptığı yeni bir anket çalışması sonuçlarına göre ortalama olarak bir aile hekiminin kendine bağlı nüfusu:3738, bu nüfus içerisinde 65 yaş üstü hasta sayısı: 250, aylık poliklinik sayısı:973, bir aylık poliklinik içerisinde 65 yaş üstü nüfus:230. Aynı çalışmada poliklinikte görülen kronik hastalıklar sıklık sıralaması: 1.Hipertansiyon 2. Diyabet 3. Kas-iskelet sistemi hastalıkları 4. Hiperlipidemiler, kardiyovasküler hast. 5.KOAH 6. Maligniteler

HİPERTANSİYON[2]

Toplumda Hipertansiyon prevalansı artmaktadır. Bu artış daha çok 50 yaş üzerinde yoğunlaşmaktadır.65 yaş üstü erkek ve kadınlarda izole sistolik hipertansiyon prevalansı sırasıyla %57.4 ve %65.1 dir. Üstelik bu çalışma yapılırken tanı kriteri olarak TA>160/90 olarak kabul edilmiştir, tanı kriteri olarak TA>140/90 düşünülürse bu rakamlar daha da yukarı çekilecektir.

HİPERTANSİYON AÇISINDAN KORUYUCU HEKİMLİK;

Esansiyel hipertansiyon tanı yaşı, gittikçe daha erken yaşlara çekilmekte. İleri yaşlarda risk artmasına rağmen genetik faktörler üzerine eklenen predispozan faktörlerin etkisi ile 20 li yaşlarda bile tanı alan hastalarımız bulunmaktadır. Yaşam koşulları kronik hastalıkları hazırlar niteliktedir. Sedanter fakat hızlı yaşam, olumsuz beslenme alışkanlıkları, psikolojik stres faktörleri, artan obezite, yüksek sigara kullanım oranı v.b. Bizler koruyucu hekimlik uygulamalarını hipertansiyon açısından nasıl uygulayabiliriz?

Hastalarımızın tüm ailesinin kayıtlarını elimizde tutuyor olmak bizler için bir avantajdır. Genetik yatkınlığı olanları önceden uyarmak, eğitim vermek ve sık kontroller yapmak mümkündür. Ayrıca kişisel sağlık kayıtlarının gelişmiş Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri ile kayıt altında tutulabilmesi ve bu sistemlerin hekim ve hasta ihtiyaçlarına göre sürekli yenileniyor olması da değerlendirilebilir.

Aile Hekimliği Birimimizde Hipertansiyonu kontrol altında tutmak için dikkat etmemiz gereken bazı konu başlıklarına bir göz atalım:

1. Her hastanın şikayeti ve yaşı ne olursa olsun, en az yılda bir defa tansiyonuna bakılmalı ve kayıt altına alınmalı, 65 yaş üstü hastalarımızın her poliklinik başvurusunda tansiyon ölçümü doğru teknikle yapılmalı.
2. Doğru tansiyon ölçümü için dikkat edilmesi gereken noktalar:

Her iki koldan kol kalp hizasında iken(sternum orta hattı seviyesi) kol altından destek vererek, yüksek ölçülen koldan 5

dk sonra tekrar ölçüm alınarak ve üç ölçümün matematiksel ortalaması hesaplanarak doğru tansiyon değerine ulaşılır. Ölçüm, uygun boyutta manşon ile ve kolun 2/3 ünü saracak şekilde, dirsek çukurunu açıkta bırakarak ve stetoskop ucunu manşon altına sokmadan yapılmalıdır. Civalı ölçüm aletleri en doğru sonucu vermesine rağmen yaygın kullanımı yoktur. Mevcut havalı tansiyon aletlerinin 6 ayda bir kalibrasyonunun yapılması ile de sağlıklı sonuçlar almak mümkündür. Aletin havasını hızla boşaltmamak, yaklaşık 2mmHg/sn hızla boşaltmak, bradikardik hastanın ölçümünün doğru olmasını sağlamak için önemlidir. Tansiyon takibi yapılacak hastaya sabah ve akşam, 1 dk ara ile 2 defa ölçüm yapması, en az 4-7 gün takibe devam etmesi, her ölçtüğü değeri saatleri ile yazması söylenmeli. Tansiyon izlem çizelgesi kullanmak daha doğru ölçümler almamızı sağlayacaktır.

Takip ettiğimiz hastalarımızın evde ölçüm yaptıkları tansiyon aletlerini görmek, ölçümü yaparken onları izlemek ve 6 ayda bir onun tansiyon aleti ile bizimkinin ölçümünü karşılaştırarak bir çeşit kalibrasyon yapmak mümkün olabilir.

1. Hipertansiyon tanısı alan her hastanın rutin testlerinin aksi gerekemedikçe senede bir defa yapılması gerekmektedir. İzlemlerde yapılması gereken tetkikler[3]; Hgb, Htc, Microalbüminüri(idrar çubuğu ile), Serum kreatinin, Serum ürik asit, Serum potasyum, Açlık kan şekeri, Lipit profili, Kreatin klirensi ve Tam idrar analizi(ASM lerde yapılamamaktadır), EKG
2. Her kontrolde sürekli kullandığı tüm ilaçlarının sistemimizde kayıtlı olup olmadığı kontrol edilmeli ve bu ilaçları ne zaman ve ne şekilde kullandığı sorgulanmalı. Son kontrolden bu yana kullanmaya başladığı başka ilacı olup olmadığı sorgulanmalı.
3. Yaşlı hastalara ilaç kullanım çizelgesi hazırlamak, ilaç kullanım zamanlarını düzenlemek ve akılcı ilaç kullanımı kontrolü açısından fayda sağlamaktadır.
4. Akılcı İlaç Kullanımı;

- Yaşlı hastalar sıklıkla eşlik eden ağrılı iskelet sistemi hastalıkları da olduğu için sıkça analjezik kullanmaktadır. Bu grup ilaçların sık alınması tansiyon kontrolünü güçleştirmektedir. Hastaya bu konuda bilgi verilmeli ve analjezik seçimi buna göre yapılmalıdır.
- Çoklu ilaç kullanımı nedeniyle gastrointestinal şikayetleri olan hastalara reçete edilen proton pompa inhibitörlerinin kullanımı sorgulanmalı ve doğru zamanda, mide boş iken ve başka bir ilaç ile birlikte alınmadığından emin olunmalıdır.
- Günlük ilaç kutuları, ilaçların doğru zamanda alınması için iyi bir yöntem olabilir
- Her bir ilacı bir bardak su ile almalı ve her iki ilaç arasında en az 30 dk zaman bulunmalı.

1. Yeni tespit Hipertansiyon olgusunda Framingham skoruna göre kardiyovasküler risk hesaplaması yapılarak, senede bir bu skorlamayı yinelemek kontrol motivasyonunu arttırabilir.
2. Tansiyon takibi ve tetkiklerin ışığında kullandığı ilacın kişi için doğru ilaç olup olmadığına karar verilmesi konusunda kılavuzlardan destek almak gereklidir. Genel olarak 55 yaş üzerinde tek ilaç kullanılacaksa Ca kanal bloker, daha genç yaştakilere ACE inhibitörü yada ARB kullanmak uygundur.
3. Yaşam tarzı sorgulaması her izlem için yinelenmelidir. Sadece sigara alışkanlığını sorgulamanın bile sigara bırakmak için bir başlangıç olduğunu unutmamalıyız.
4. Yaşam tarzı sorgulaması içinde beslenme, sigara ve egzersiz incelenmeli ve kişiye ait engeller belirlenip her izlem için bir hedef belirlenmelidir. Hastaya hem diyet verip, hem sigara bıraktırma planı yapıp hem de egzersize başlatmak hedefleri fazlaca zorlamaktır. Bunun yerine her izlemde yeni ve hastaya en uygun hedefleri belirlemek daha doğru bir yol olacaktır.

YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ;

- Sigara bırakılması
- Kilo verilmesi(ve kilonun korunması)
- Aşırı alkol tüketiminin azaltılması
- Egzersiz yapılması(günde 5000 adım)
- Tuz alımının günlük 6 gr ı geçmemesi
- DASH diyeti; Meyve sebze tüketimi arttırılmış, doymuş yağ oranı azaltılmış(tercihen zeytinyağı ve balık tüketiminin arttırılması),kırmızı et, şekerli yiyecek ve içeceklerin sınırlandırıldığı, protein içeriği hafif arttırılmış, lif, potasyum, kalsiyum ve magnesiumdan zengin bir diyet.

1. Sevk Kriterleri; Dirençli Hipertansiyon olgusu, Sekonder hipertansiyon düşünülen olgular, Hedef organ hasarı(böbrek, kalp, göz, beyin)
2. İVEDİ HİPERTANSİYON: Kan basıncının >180/120 mmHg ve ilerleyici organ hasarının bulunmadığı klinik durumdur. Bu tabloda antihipertansif müdahale oral olarak planlanabilir ve özellikle suplingual nifedipine uygulamasından kaçınmalıdır. i.v. uygulamalar ile ani tansiyon düşüşleri değil, 24 saat içinde hedef değere inmek hedeflenmelidir. Hasta komplikasyonlara karşı uyarılarak 2-3 gün içinde poliklinik muayenesine gelmesi söylenmelidir.
3. Düzenlenen tedavi sonrası 15-20 gün sonra hastayı kontrole çağırmak, düzelme varsa 4-6 hafta sonra tekrar görmek doğru bir izlem takvimi olacaktır.

DİABETES MELLİTUS[4]

Eğer zaten bilinen bir diyabeti yoksa yaşlılarda diyabet tipik bulgu vermeden konfüzyon ve halsizlikten, poliüriye kadar geniş bir yelpazede bulgu verebilir. Diyabet prevalansı yaşla birlikte artmaktadır. 22-44 yaş arası prevalansı %6.4 iken 65-74 arasında prevalansı 8.8. kat artmıştır. Diyabetin yaşlılıkta asemptomatik ilerleyeceği de dikkate alınınca, bu yaş grubunda hiçbir risk faktörü yoksa 3 senede bir, risk faktörü varsa senede bir kez diyabet taraması yapılmalıdır.

TANI ve TAKİP

Açlık plazma glikozu(APG) >126 mg/dl ya da rastgele kan şekeri ölçümünün 200mg/dl olması ve bu ilk ölçümün ikinci bir ölçüm ile doğrulanması ile tanı konulur. 100-120 mg/dl arası ölçülen APG durumunda OGTT tavsiye edilmesine rağmen 65 yaş üstünde kesinlikle önerilmez.

HbA1c güvenilir bir gösterge olmakla birlikte, fruktozamin tayininin yaşlıda daha üstün olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur. HbA1c tarama ya da tanı testi değildir, taramalarda tavsiye edilmez. Takip amaçlı HbA1c 3-6 ayda bir bakılabilir.

APG haricinde tokluk ölçümleri de görülmelidir. Hastanın evde haftada 2 kez kan şekerini belirlediğimiz vakitlerde bakması takibimizi kolaylaştıracaktır. Tokluk kan şekeri, ana öğündeki ilk lokmadan 2 saat sonra ve arada başka bir atıştırma yapmadan ölçülecek olan parmak ucu değeridir. Bu ölçümleri yazabilecekleri bir takip çizelgesi hazırlanabilir. Hastaları yılda bir kez göz muayenesine, en az yılda bir Kreatin klirensi ölçümüne yönlendirmek gerekmektedir. Nöropati açısından her vizite nörolojik muayene, diapozon ile vibrasyon duyusu incelenmesi yapılmalı, her vizite ayaklar dikkatle incelenmeli, eşlik etmesi muhtemel hipertansiyon, hiperlipidemi ve makrovasküler komplikasyonlar açısından incelenmelidir. Her izlemde obezite kriterleri izlenmeli. İzlemler gulukoz değerleri hedeflenen seviyeye inene kadar 3 ayda bir yapılmalı.

TEDAVİ

Yaşlıda hipoglisemide korkarak tedaviyi düşük doz vermek, komorbidite riskini arttıracağı için tavsiye edilmez. Diyabet gelişimini önlediği kanıtlanmış olan metformin kullanımı, 70 yaş üzerinde yapılan çalışmalarda tavsiye edilmemiştir. Yaşlı diyabetli tedavisinde uzun etkili ajanlardan mümkün olduğunca kaçınmakla hipoglisemi ataklarından korunmak mümkündür.

Tıbbi beslenme tedavisine uyumun yaşlılarda zor olduğu izlenmektedir. Özellikle kaşeksiye kolayca girebilecek zayıf hastalarda bu durum daha risklidir. Tıbbi beslenme tedavisine uyum sağlamaya çalışan yaşlılarda bazı vitamin ve eser elementlerin eksikliğinin oluşması mümkündür bu yüzden özellikle magnezyum ve çinkonun eksikliklerin replasmanı diyabet kontrolünde olumlu etkiler oluşturmaktadır.

İnsülin direnci diyabet hastalarında öncelikle "insülin kullanımına direnç" şeklinde kendini göstermektedir. Yaşlı hastaların yaşam tarzını değiştirmek kolay değildir.

Diyabet hastaları için TA hedefi <130/80mg/dl, LDL-kolesterol hedefi<100mg/dl olmalıdır.

SEVK KRİTERLERİ

- Kan şekerinin ölçülemediği durumlar
- Akut komplikasyonların ilk müdahalesinden sonra,
- Kronik komplikasyonlar(nefropati, Nöropati, retinopati)
- İyileşmeyen diyabet yarası ya da diyabetik ayak
- Kombinasyon tedavisine rağmen kontrol edilemeyen durumlar
- Kronik karaciğer hastalığı olanlar

KOAH[5 6]

Epidemiyolojik incelemelerde 1997 yılın da erişkin toplumun %5.9 unda KOAH olduğu görülmüştür. Yaşlı hastalar arasında yapılan bir incelemede ise 65 yaş üstü kişilerin yaklaşık %16'sında KOAH olduğu görülmüştür.

KOAH'ın karakteristik semptomları, öksürük, balgam çıkarma ve dispnedir. Fakat Dispne KOAH'ın ana semptomlarından biri olmakla birlikte, KOAH'a özgü bir bulgu değildir. Solunum sisteminin parankimalı, vasküler ve plevral hastalıklarında, kardiyovasküler sistem hastalıklarında, kondisyonsuzluk durumunda, solunum kasları güçsüzlüğünde, anemi ve anksiyete gibi psikolojik durumlarda da sık görülen bir semptomdur.

KOAH dispnesi; progresiftir, egzersiz ile artar, persistandır, hasta tarafından tanımlanırken "solunum çabasında artma", "hava açlığı", "göğüste baskı hissi" şeklinde tanımlanır.

KOAH Öksürüğü; aralıklı ve kuru ya da yaş vasıfta olabilir.

KOAH balgamı; başlangıçta sadece sabahları, zamanla günün her saatinde, normalde beyaz, mukoid, miktarının artması, renginin yeşil ya da sarıya dönmesi solunum yolu enfeksiyonunun en güvenilir bulgusudur.

Fizik muayene ve AC grafisinde spesifik bulgular olmadığı

için tanı ve derecelendirme için solunum fonksiyon testleri kullanılır. FEV1/FVC < %70 olması tanı koydurur.

KOAH tedavisinde hedef, hastalığın ilerlemesini önlemek, semptomları gidermek, egzersiz toleransını artırmak, akut atakları önlemek ve tedavi etmek, komplikasyonları önlemek ve tedavi etmek, yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir.

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE BİR KOAH HASTASI

KOAH hastaları genellikle inhalar preparatları yanlış uygulamakta ve sıklıkla fayda görmediklerini söylemektedir. Birçoğu, ilacı reçete eden hekim tarafından bu preparatın kullanımı konusunda eğitilmemiş, eczaneden ise belki yanlış anlatılmış, belki anlatılmış ama uygulama yapılarak gösterilmemiş olduğundan hasta rastgele uygulama yapmıştır.

İlaçlarının kortizon olduğu ve ona zarar vereceği düşüncesi yaygındır ve bu sebeple kendilerini iyi hissettikleri anda ilacı bırakmaktadırlar. Önemli oranda bir grup hem kısmen tedaviye hem de sigaraya devam etmektedir.

KOAH AÇISINDAN KORUYUCU HEKİMLİK

Hangi basamakta olursa olsun sigara bıraktırılmalıdır. Sigara bırakma konuşması herkesin hassasiyetlerine göre yapılmalı, her hastanın önceliğinin başka olduğu dikkate alınmalıdır. 1 hafta süre verip, sigara bırakma nedenleri ve sigaraya devam etme sebeplerini listelemesi ve sigarayı bırakmak için asıl sebebi belirlemesini söylemek iyi bir başlangıç olabilir. Kişi sigara bırakma isteğiyle başvurduğu sırada başka bir birime yönlendirmek, belki bir daha bu alışkanlıktan kurtulmaya bu kadar yakın olamamasına sebep olabilir. Sigara bırakmak ertelenmemeli, belli bir zamana bırakılmamalı, hafife alınmamalıdır.

- İlaçlarını uygularken gözlemlemek ve hataları düzeltmek kısa ve etkin bir eğitimdir.
- Atakları ve akut solunum yetmezliğini önlemek için her yıl enflüanza, 5 yılda bir pnömokok aşısı yapılmasını sağlamak gerekir.
- KOAH tedavisinde, kronik astım tedavisinde olduğu gibi iyileşme döneminde bir alt basamağa inme yaklaşımı uygulanmaz. Hastanın tedavisini aksatmadığından emin olmak gerekir.
- Hastaların balgam çıkarmaları önerilir. Bu amaçla etkin öksürmeye teşvik edilir. Yeterli sıvı almaları önerilir.
- KOAH kor pulmonalenin en büyük kardiyovasküler komplikasyonudur. Kor pulmonale zamanla sağ kalp dilatasyonuna neden olmakta, bu da klinikte kendisini periferal ödem olarak göstermektedir. Bu durum tanısı kolaylıkla konulan bir durum olmadığı için KOAH, periferal ödem ile birlikte görüldüğünde akla getirilmelidir.

KALP YETMEZLİĞİ, KORONER ARTER HASTALIKLARI[7]

65 yaş üzerinde olup da hastaneye yatırılarak tedavi gerektiren hastaların beşte birinin tanısını kalp yetersizliği oluşturmaktadır. Yaşlıda Kalp yetersizliğine sebep olan hastalıkların başında Hipertansiyon yer alır.

ANAMNEZ;

- Efor kapasitesi düşer, efor dispnesi görülür
- Halsizlik, yorgunluk, ayak bileklerinde şişme tipik semptomlardır.
- Bu hastalar her zaman yaptıkları işler sırasında fazlaca yorulduklarını, dinlenmeye rağmen yorgunluk hissettiklerini söylerler. Basit bir iş yaptıklarında bile çarpıntı olduğunu ifade ederler.
- Gece sık tuvalete kalkmak ve uykusuzluk sıkça sıkıntılarıdır.
- Uzun süredir devam eden ve tedavi edilemeyen kuru öksürük yaşlıda kalp yetmezliğini akla getirmelidir.

TANI

- Taşikardi, taşipne, pulmoner Realler, plevral effüzyon, periferik ödem, hepatomegali bulguları kalp yetmezliğini düşündürmelidir.
- 3.Kalp sesi duyulabilir.
- EKG de KY için tanı koydurucu bir bulgu yoktur ancak alta yatan hastalıklarla ilgili ipucu verebilir.
- PA AC garfisinde kardiyotorasik oranın artmış olması, pulmoner venöz konjesyon, plevral effüzyon, alveolar ve interstisyen ödem tanıyı destekler.
- Ekokardiyografi kalp yetmezliği değerlendirilmesinde en önemli tetkiktir.
- ASM lerde tanı koymak için Framingham Kriterleri kullanılabilir. 2 majör yada 1 majör 2 minör kriter varlığı KY tanısı koydurur.

KALP YETERSİZLİĞİ AÇISINDAN KORUYUCU HEKİMLİK

- PRİMUM NON NOCERE
- ACC/AHA 2005 kılavuzuna göre kalpte yapısal bozukluk olmayan, fakat KY açısından riskli(Evre A) ve Kalpte yapısal bozukluk olan ancak asemptomatik olan (Evre B) hastalarında uygulanması gereken koruyucu önlemler şu şekildedir:

Sınıf I öneriler; Yararlı ve etkili olduğu konusunda kanıt ve genel konsensüs var

Kalp yetmezliği için Framingham Tanı Kriterleri	
A.Majör Kriterler	B.Minör Kriterler
1.PND(Paroksismal nokturnal dispne)	1.Bilateral ayak bileği ödemi
2.Boyun ven dolgunluğu	2.Gece öksürüğü
3.Raller	3.Olağan efor ile dispne
4.Radyolojik kardiyomegali	4.Hepatomegali
5.Akut Pulmoner ödem	5.Plevral effüzyon
6.S3 galo	6.Taşikardi(>120/dk)
7.Artmış santral venöz basınç	
8.Dolaşım zamanı> 25 sn	
9.Hepatojugular reflü	
10.KY tedavisi ile 5 günde >4.5 kg kilo kaybı	

Sınıf IIa öneriler: Yararlılığı konusunda ağırlıklı görüş olumlu
Sınıf IIb öneriler: Yararlılığı konusunda kanıt var ama görüşler tam oturmamış
Sınıf III öneri: Yararlı ve etkin olmadığı bazen zararlı olduğu konusunda genel konsensüs var.

Evre A için
Sınıf I öneriler
Hipertansiyon kontrolü
Lipit kontrolü
Diyabetik hastanın kan şekeri kontrolü
Sigara alkol kullanımının engellenmesi
Aritmilerde, sinüs ritminin sağlanması
Tiroit hastalıklarının tedavisi
*KALP YETMEZLİĞİ SEMPTOM VE BULGULARININ PERİODİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ
ASKH olanlarda Sekonder koruma uygulanması(antiagregan kull, egzersiz, obezite kontrol, aşılama)
Kardiyomiyopati aile öyküsü olanlarda sol ventrikül fonksiyon değerlendirilmesi
Sınıf IIa öneriler
ASKH, DM ve HT ile birlikte KVS risk faktörleri varsa **ACE inhibisyonu** uygulanmalı
ASKH, DM ve HT ile birlikte KVS risk faktörleri varsa **ARB kullanılmalı**
Evre B için
Sınıf I öneriler (Evre A için sınıf I önerilere ek olarak)
Ejeksiyon fraksiyonuna bakılmaksızın yeni MI veya MI öyküsü olanlarda ACE inh. ve Beta bloker kullanımı
Tüm Evreler için Sınıf III(önerilmeyenler)
Nutrisyonel suplement rutin kullanımı
ACE inh+ARB+Aldosteren rutin kombinasyonu
Rutin Ca bloker kullanımı

- Anemi, prognozu olumsuz etkileyeceği için aneminin düzeltilmesi ile prognoz iyileşirken, hematokrit artışı görülmesi KY varlığında altta yana Akciğer patolojisini düşündürmelidir.
- Kilo takibi düzenli aralıklarla yapılmalı
- Tuz alımı kısıtlanmalı(Na kaynağı olabilecek ilaç kullanımı kontrol edilmeli)
- Depresyon açısından hasta kontrol altında tutulmalı
- Tüm bu önlemler için hasta ailesi ile işbirliği kurulmalı

OSTEOARTRİT[8]

Osteoartrit(OA) yaşlı bireylerde sakatlığın en sık nedenidir. Eklemlerin en sık rastlanan hastalığı olan OA ciddi bir halk sağlığı problemi ve ciddi bir mali yük sebebidir. OA prevalansı yaşla birlikte arttığı için bir yaşlılık hastalığıdır denilebilir. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir.

ANAMNEZ

- Hastamızın şikayetleri çoğunlukla uzun zamandır devam etmektedir ve yaşlılığa bağlı olduğu düşünüldüğü için özel bir tedavi uygulanmamıştır. Bir sağlık kurumuna gittiğinde ağrı kesici verilmiş, ama şikayetleri geçmemiştir.
- Özellikle merdiven çıkarken ağrısı daha fazladır.
- Eğer erken safhada gelmişse dizinden sesler duymaktadır.
- İleri safhada şekil bozukluğu, eklem instabilitesi görülür.
- Sabahları tutukluk 30 dk ı geçmez
- Yürüdükçe ağrısı artar
- Ağrılı eklemde zaman zaman artan fakat genelde var olan bir şişlik mevcuttur.
- Şikayetler hemen hemen bütün eklemlerde görülebilir.

TANI

Hastalık ataklar halinde seyredebilir ve ataklar sırasında ısı artışı görülebilir. Ataklar dışında laboratuar bulgularında bir anormallik olmaz. Atak sırasında sedimantasyon ve CRP artışı hafif-orta düzeyde artabilir. Enfektif arteritlerle ayırıcı tanısının yapılması gerekir. En sık görülen Enfektif arterit olan Romatoid Arteritin(RA) tutulum yerleri ve semptomlar

benzerlik gösterdiği için laboratuar tetkikler(CRP, RF, Sedimantasyon, Hemogram) görülmelidir. Sabah tutukluğunun RA de 30 dk dan uzun sürmesi ayırıcı tanıya katkı sağlayabilir.

TEDAVİ

Tedavide amaç, ağrıyı azaltmak, eklem hareketini korumak, kısıtlılıkları en aza indirmek ve mümkünse hastalığın ilerleyişini yavaşlatmaktır. Küratif bir tedavi yoktur.

Tedavi sırasında hasta, ekibin bir parçası olmalı ve hastalığı hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Hastanın ağrıyı geçirme üzerine odaklanmasına karşılık, hekimin görevi, hareket kısıtlılığının oluşmamasının daha önemli olduğunu hastaya anlatabilmek olmalıdır.

Amerikan Romatizma Derneği'nin nonfarmakolojik tedavi yöntemleri tavsiyelerinden bazıları şunlardır.

- Hasta eğitimi, kendi kendine tedavi programları, telefonla veya direk sosyal destek sağlanması
- Kilo verme, aerobik egzersiz programları, fizik tedavi, eklem hareket açıklığı egzersizleri, kas güçlendirme egzersizleri
- Yardımcı cihazların kullanılması, patellanın bantlanması, uygun ayakkabı giyilmesi, eklemlerin korunması ve enerji tasarrufu, günlük yaşam aktiviteleri için yardımcı cihaz kullanımı, iş tedavisi

Hasta nonfarmakolojik yöntemler ile sonuç alamıyorsa ve enflamasyon varsa NSAİ ilaçlara geçilebilir ya da tek eklem tutulumu varsa kortikosteroid enjeksiyonu düşünülebilir.

Enflamasyon yoksa topik al ajanlar(kapsaisin),yeterli gelmediği durumlarda öncelikle Asetaminofen(parasetamol) etkili değilse NSAİ ilaçlara geçilir. Bu aşamadan sonra intraartiküler kortikosteroid ve hyaluronik asit enjeksiyonu ve cerrahi seçenekler değerlendirilmelidir.

Renal yetmezliği olan hastalar dahil, NSAİ ilaçların kontrendike olan veya daha önceki oral tedavilere yanıt alınamayan orta ve şiddetli semptomları olan hastalarda narkotik analjezik kullanımına (tramadol, kodein, propoksifen) FDA tarafından onay verilmiştir.

OSTEOPOROZ[9]

Yaşamın uzaması ile görülme sıklığı artan osteoporoz, kemik kırıklarına sebep olduğu ve bu kırıkların iyileşmesinin uzun zaman aldığı, ciddi maddi yük ve bakıcılar açısından iş gücü kaybına yol açtığı düşünülünce önemli bir toplum sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Osteoporozun predispozan faktörlerine göz attığımızda aslında ne kadar risk altında olduğumuzu görebiliyoruz. Yaşlanma, kadın cinsiyet, beyaz ırk, erken menopoz, Ca ve D vitamininden fakir diyet, inaktif sedan ter yaşam, aşırı kahve tüketimi, alkol-sigara kullanımı, aşırı tuz ve protein alımı, çeşitli ilaçlar(kortikosteroid, tiroid ekstreleri, diüretikler, heparin),tirotoksikoz… Predispozan faktörleri bilmek osteoporozun tedavisinin ilk adımıdır.

Osteoporozun kesin tanısını birinci basamakta koymak mümkün değildir ancak özellikle yük taşıma ve yürüme sırasında ortaya çıkan künt ağrısı olan kişilerde osteoporoz düşündüren risk faktörlerini sorgulamak faydalı olacaktır.

Tanı için DEXA en sık kullanılan yöntemdir. T skor< -1 olması tanı koydurur.

OSTEOPOROZ AÇISINDAN KORUYUCU HEKİMLİK

Osteoporozun tedavisi uzman tarafından düzenlenmesi gereken bir tedavi olduğu için burada tedavi konusuna değinmeyeceğim. ASM lerimizde bebek ve gebelerin artan D vitamini ihtiyacını replase ederek osteoporozdan korunmak için bir adım atmış oluyoruz ancak bilinçli beslenme eğitimleri vererek, sütün sadece çocuklar için değil her yaş grubu için önemli bir besin kaynağı olduğu bilincinin oluşturulması, egzersizin arttırılması, yaşlıların ve osteoporoz riski olan bireylerin düşmelerden korunması, yaşlıların ev ziyaretleri sırasında evdeki yaşamını gözlemlenmesi ve olası kazaların önüne geçilebilmesi, güneş ışınlarından faydalanmak için elbisenin sadece kollarının açılmasının bile yeterli olacağının anlatılması riskli hasta grubunu korumak için önemli kazanımlar sağlayacaktır.

SEREBROVASKÜLER OLAY[10]

Serebrovasküler(SVO**)** olay denildiğinde tipik olarak inme akla gelmektedir ancak SVO grubunda Geçici İskemik Atak(GİA), İskemik İnme, **Beyin** Kanamaları bulunmaktadır.

SVO için, Hipertansiyon, Diyabet, Hiperkolesterolemi, Sigara, Atrial fibrilasyon, Alkol, Obezite risk faktörleridir.

İskemik inme ve beyin kanaması gürültülü tablolarla geldiği için kaçırılmamakta ancak geçici İskemik atak 24 saatten hatta çoğunlukla 20 dk dan kısa sürdüğü için gözden kaçabilmektedir. Ataklar 2-60 dk sürer ve klinik tablo etkilediği damar sistemine göre değişir. Karotis sistem GİA da ipsilateral monoküler görme kaybı, kontrlateral kuvvetsizlik, uyuşukluk beceriksizlik, dizartri, afazi bazı hastalarda baş ağrısı ortaya çıkar. Vertebrobaziller sistem GİA da binoküler görme

kaybı, vertigo, diplopi, ünilateral-Bilateral kuvvet kaybı, uyuşukluk beceriksizlik, ataksı, dizartri, disfaji, işitme kaybı ve düşmeler olabilir.

GİA varlığında İskemik inmenin önlenmesi için tedavi yapılır. Antiagregan(asetil salisilik asit/dipridamol) tedavi, trombüs oluşumunu inhibe etmek için uygulanır. Aterosklerotik plağın stabilizasyonunu sağlamak için ACE inhibitörleri ve statinler kullanılır.

KAYNAKLAR

1. Üçüncüoğlu E, İstanbul İli Pendik İlçesi Yaşlı Nüfusu Sağlık Tercihleri ve Sorunlara Çözüm Önerileri, İstanbul,2009
2. Önalan O,Kabakçı M.G.Hipertansiyon ve Hipotansiyon In: Gökçe Kutsal Y(Ed).Temel Geriatri,Güneş kitabevi,2007,Ankara,s:419-433
3. T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanlar Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010,yayın no:781;ANKARA,2010;s:191-194
4. Dağdelen S, Erbaş T. Diabetes Mellitus In. Kutsal YG(Ed), Temel Geriatri,Güneş Kitabevi, 2007,Ankara,s:801-805
5. Oğuzülgen K, KOAH ve Kor Pulmonale In. Kutsal YG(Ed), Temel Geriatri,Güneş Kitabevi,Ankara, 2007, s:539-543
6. T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanlar Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010,yayın no:781;ANKARA,2010;s:235-242
7. Türkoğlu S.,Çengel A., Kalp Yetmezliği In. Kutsal YG(Ed), Temel Geriatri,Güneş Kitabevi, Ankara, 2007, s:447-455
8. Yılmaz L, Bodur H, Osteoartrit In. Kutsal YG(Ed), Temel Geriatri, Güneş kitabevleri, Ankara,2007, s:883-896
9. Kutsal YG, Osteoporoz In. Kutsal YG (Ed), Temel Geriatri, Güneş Kitabevleri, Ankara, 2007, s:901-913
10. Kutluk K, Öztürk V, Serebrovasküler Olay In. Kutsal YG (Ed),Temel Geriatri , Güneş Kitabevleri, Ankara, 2007, s:1025-1036

Geriatride Kardiyovasküler ve Endokrinolojik Yenilikler: Geriatrik Kardiyovasküler Tıp

Berrin Karadağ
Şişli Etfal EAH 2. Dahiliye, Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği

Kalıcı Atriyal Fibrilasyonda Dronedarone – Dronedarone, NYHA III veya IV kalp yetersizliği veya sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu <%35 olan atriyal fibrilasyon (AF) vakalarında kontrendikedir. Son zamanlardaki bulgulara dayanılarak yeniden onaylanmıştır ki dronedarone kalıcı AF vakalarında kullanılmamalıdır. PALLAS çalışmasında kalıcı AF'si olan yaklaşık 10000 vakaya dronedarone veya plaebo uygulanmış ve anlamlı kardiyovasküler risk artışının dronedaron kolunda gözlenmesi üzerine çalışma durdurulmuştur (1).

Transkateter Aortik Kapak İmplantasyonu – Transkateter aortik kapak implantasyonu, ciddi semptomatik aort stenozu olan ve aort kapak replasman cerrahi girişimi için ciddi yüksek riski olan vakalar için geliştirilmiştir (2). İngiltere'de son 2 yılda transtorasik aortik kapak implantasyonu yapılan 870 vakanın kayıtları incelenmiş ve 30 günlük mortalite %7, yıllık izlemde mortalite %21 ve 2 yıllık izlemdeki mortalite ise %26 olarak kaydedilmiştir. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %30un altında olanlarda, ılımlı-ciddi derecedeki aortik regurjitasyon ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı olması mortalitenin bağımsız göstergeleridir.

Kalp Yetersizliğinin Tanısı - Nonakut kalp yetersizliğinin erken tanısı ve tedavinin erken başlatılması, yetersizlik progresyonunu yavaşlattığı için çok önemlidir. Bu nedenle kalp yetersizliği tanısında, başlangıçtaki klinik değerlendirmenin, diagnostik değerini vurgulamak amacıyla bir çalışma yapılmıştır (3). Hastanın öyküsünden alınan 3 ana maddeye, fizik muayeneden 6 elementin katkısıyla, kalp yetersizliği tanısı koyma gücü artırılmıştır. Ayrıca N-terminal pro-B natriüretik peptitin de ek bir test olarak eklenmesi, tanının doğruluk oranını artırmıştır. 3 ana başlık olarak öykünün başlangıç yaşı, koroner arter hastalığı ve lup diüretik kullanımı ele alınıp; üzerine 6 fizik muayene bulgusu eklenmiştir. Bu fizik muayene bulguları; nabız hızı ve ritmi, apeks vurusunun yer değişimi, raller, kalp üfürümü ve artmış juguler ven basıncı. Bu faktörlerin bağımsız tanısal değeri gösterilmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada, anamnez ve fizik muayene ile kalp yetersizliği tanısının poliklinikten başvuran vakalarda da kolaylıkla elde edilebileceği gösterilmiştir.

Antipsikotik Ajanlar- Antipsikotik ajanlar, demanslı yaşlı vakalarda oldukça sık reçetelenmektedirler ve antipsikotik ilaçların kullanımı ile birlikte iskemik stroke riski de bu popülasyonda artış gösterir. Toplumda yaşayan yaşlılarda yapılan retrospektif bir kohort çalışmada; kolinesteraz inhibitörü tedavisi başlanan bir grup demansif yaşlı,1 Ocak 2000 ile 31 Aralık 2009 yılları arasında takip edilmiştir. Antipsikotik kullanımı ve myokard infarktüsü riski arasında ılımlı ve zaman limitli bir risk artışı gözlenmiştir (4).

Rocket-AF: - ROCKET AF'de; atriyal fibrilasyonu olanlarda rivaroxabanın stroke veya sistemik embolizmi önlemede warfarinden daha az etkili olmadığı gösterilmiştir. ROCKET AF'de atriyal fibrilasyonlu hastalar 20 mg rivoraxaban ve INR'yi 2.0-3.0 arasında tutan warfarin ile karşılaştırılmıştır. Rivoraxabanın etkinliği ve güvenilirliği, warfarinle kıyaslandığında fark gözlenmemiştir. Bu sonuçlar rivoraxabanın warfaine alternatif olarak, atriyal fibrilasyonlu hastalarda stroke ve TIA'dan korunmada etkili olduğunu göstermiştir (5).

Yaşlı Hipertansiflerde Kombinasyon Tedavisi- The Combination Therapy of Hypertension to Prevent Cardiovascular Events (COPE) çalışmasında; kalsiyum kanal blokeri Benidipin temelli kombinasyon çalışmasında angiotensin reseptör blokeri (ARB) ile, bir beta bloker ya da tiazide diüretiği, kardiyovasküler olaylardan korumada ve hedef kan basıncına ulaşmada (<140/90mmHg) benzer etki göstermişlerdir (6). Bu sonuç, hem genç, hem de yaşlı hipertansiflerde aynı bulunmuştur.. Benidipin ve alfa bloker kombinasyonu yaşlılarda yeni başlayan diyabet sıklığı ve stroke insidansı açısından daha dikkatli ve ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç göstermektedir.

Antihipertansif ve Lipid Düşürücü Tedavinin Mortalite ve Morbidite Üzerine Etkileri - 55 yaş ve üzeri, hipertansif ve en az birden fazla koroner arter risk faktörüne sahip olan, klortalidon, amlodipn veya lisinopril alan 32 804 hasta çift kör, aktif kontrollü, çok merkezli bir çalışmada 4-8 yıl takip edilmişlerdir. Çalışmanın sonucunda ne kalsiyum kanal blokerleri, ne de angiotensin konverting enzim inhibitörleri,

hipertansiflerdeki majör kardiyoaskular olay gelişiminde diüretiklere üstünlük sağlayamamışlardır (7).

GERİATRİK ENDOKRİNOLOJİ

Yeni Testesteron Preparatları – Hipogonadal erkekler için, iki kat yüksek konsantrasyona sahip, üst kola ve az miktarda uygulama gerektiren gel formu ve alt kola uygulanabilen bir testeron jel formundan oluşan birkaç yeni testesteron preparatı mevcuttur (8-11).

Uzun Süreli Diyabet Stroke Riskini Üç Kat Artırır- Diyabetin stroke riskini artıdığı bilinmekte iken, burada zamanın oynadığı rol çok açık değildi. Northern Manhattan Çalışması'nda 3298 stroke geçirmemiş diyabetik hasta alındı(12). Vakaların diyabet gelişme tarihi ortalama 9 yıl idi. Çalışmanın sonucunda, diyabetiklerdeki stroke görülme riskinin her yıl %3 oranında artış gösterdiği ve 10 yılın üzerinde ise iskemik stroke görülme riskinin 3 kat arttığı saptandı.

Metabolik Sendrom Yaşlılarda Böbrek Hastalığı Riskini Artırır- Bu çalışmanın amacı, yeni böbrek hastalığı ve böbrek fonksiyonlarında azalma gelişimine metabolik sendrom ve insülin direnci etkisini belirlemekti. Metabolik sendrom ve insülin direnci, özellikle yaşlılarda böbrek fonksiyonlarında bozulmaya neden olmaktadır (13).

Ilımlı Tiroid Disfonksiyonu Yaşlı Erkeklerdeki Mortalite ile İlişkili Değildir- Tiroid fonksiyonlarındaki ılımlı değişikliklerin mortalite üzerinde hem olumlu, hem de olumsuz bir takım etkileri vardır. Sadece TSH ölçümü ile tiroid fonksiyonları hakkında bilgi sahibi olunan ve total ve nedene spesifik mortaliteyi araştıran yaşlı erkeklerde, subklinik tiroid disfonksiyonu ile tüm nedenlere bağlı mortalitede artış saptanmamıştır (14).

Yaşlılarda Glikolze Hemoglobin ve Eşlik Eden Risk Faktörleri- Bu çalışmanın amacı yaşlılarda HbA1c ve obezite, lipid profili ve inflamatuar durum gibi risk faktörleri arasındaki ilişkiyi irdelemekdi. Epidemiyolojik bulgular HbA1c ve kardiyovasküler ve iskemik kalp hastalığı risk artışı ile bir süreç içinde olduğunu göstermiştir. Yaş, bir çok risk faktörünün ortaya çıkışı ve artışında önemlidir. Yaş ilerledikçe vücut yağı ve özellikle abdominal yağ kitlesi, diyabet oluşumu artar, fonksiyonel kapasite azalır. HbA1c obezlerde, aterogenik dislipidemisi olanlarda (özellikle trigliserid ve trigliserid/HDL-C yüksekliği) yüksek iken, bu birliktelik HDL-C veya LDL-C ile gösterilememiştir. HbA1c, hs-CRP veya fonksiyonel kapasite, aerobik dayanıklılık ile alakalı bulunmamıştır (15).

Women's Health Initiative (WHI) Çalışması'nda Post-Menapozal Kadınlarda Statin Kullanımı ve Diyabet Riski- Bu çalışmada çalışmaya alındığında nondiyabetik olan post-menapozal 153.840 kadının katılımı ile planlanmış bir çalışmadır. Çalışmanın başında %7.04 vakada statin kullanımı mevcuttu. Sonuçta statin kullanana grupta diyabetin görülme sıklığında anlamlı bir artış tespit edildi (16).

Yaşlılarda Vitamin D ve Hiperglisemi Arasındaki İlişki- Yaşlı insanların bir ulusal toplum örnekleminde D vitamini düzeyleri ve hiperglisemi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma yapıldı. Düşük D vitamini ve hipergliseminin kuzey enlemlerinde yaşayan yaşlı insanlarda beklenenden yüksek oluşu, önemli halk sağlığı sorunlarını da beraberinde getirmiştir. Yeterli D vitamini düzeyi sağlanması yaşlı kişilerde diyabet ve ilişkili komplikasyonların gelişiminin önlenmesinde yardımcı olabilir (17).

Tip 2 Diyabetiklerde Serum Leptin Düzeyleri ve Kognitif Fonksiyon- Obez ve tip 2 diyabetikler kognitif fonksiyonlarda bozulma açısından risk altındaki gruplardandır. 60-75 yaş arsı 1057 diyabetik vakada yapılan bu çalışmada, sabah açlık leptin seviyesi ile kognitif fonksiyonlar ve kognitif değişiklikler arasındaki ilişki araştırılmıştır (18). Yüksek leptin düzeyleri ile kognitif yetilerde azalma anlamlı olarak saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Connolly SJ, Camm AJ, Halperin JL, Joyner C, Alings M, Amerena J, Atar D, Avezum Á, Blomström P, Borggrefe M, Budaj A, Chen SA, Ching CK, Commerford P, Dans A, Davy JM, Delacrétaz E, Di Pasquale G, Diaz R, Dorian P, Flaker G, Golitsyn S, Gonzalez-Hermosillo A, Granger CB, Heidbüchel H, Kautzner J, Kim JS, Lanas F, Lewis BS, Merino JL, Morillo C, Murin J, Narasimhan C, Paolasso E, Parkhomenko A, Peters NS, Sim KH, Stiles MK, Tanomsup S, Toivonen L, Tomcsányi J, Torp-Pedersen C, Tse HF, Vardas P, Vinereanu D, Xavier D, Zhu J, Zhu JR, Baret-Cormel L, Weinling E, Staiger C, Yusuf S, Chrolavicius S, Afzal R, Hohnloser SH; PALLAS Investigators. Dronedarone in high-risk permanent atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011 Dec 15;365(24):2268-76. Epub 2011 Nov 14. Erratum in: N Engl J Med. 2012 Feb 16;366(7):672.
2. Moat NE, Ludman P, de Belder MA, Bridgewater B, Cunningham AD, Young CP, Thomas M, Kovac J, Spyt T, MacCarthy PA, Wendler O, Hildick-Smith D, Davies SW, Trivedi U, Blackman DJ, Levy RD, Brecker SJ, Baumbach A, Daniel T, Gray H, Mullen MJ. Long-term outcomes after transcatheter aortic valve implantation

in high-risk patients with severe aortic stenosis: the U.K. TAVI (United Kingdom Transcatheter Aortic Valve Implantation) Registry. J Am Coll Cardiol. 2011 Nov 8;58(20):2130-8. Epub 2011 Oct 20.

3. Kelder JC, Cramer MJ, van Wijngaarden J, van Tooren R, Mosterd A, Moons KG, Lammers JW, Cowie MR, Grobbee DE, Hoes AW. The diagnostic value of physical examination and additional testing in primary care patients with suspected heart failure. Circulation. 2011;124(25):2865.
4. Pariente A, Fourrier-Réglat A, Ducruet T, Farrington P, Béland SG, Dartigues JF, Moore N, Moride Y. Antipsychotic Use and Myocardial Infarction in Older Patients With Treated Dementia. Arch Intern Med. 2012 Mar 26. [Epub ahead of print]
5. Hankey GJ, Patel MR, Stevens SR, Becker RC, Breithardt G, Carolei A, Diener HC, Donnan GA, Halperin JL, Mahaffey KW, Mas JL, Massaro A, Norrving B, Nessel CC, Paolini JF, Roine RO, Singer DE, Wong L, Califf RM, Fox KA, Hacke W; for the ROCKET AF Steering Committee Investigators. Rivaroxaban compared with warfarin in patients with atrial fibrillation and previous stroke or transient ischaemic attack: a subgroup analysis of ROCKET AF. Lancet Neurol. 2012 Apr;11(4):315-322. Epub 2012 Mar 7.
6. Ogihara T, Matsuzaki M, Umemoto S, Rakugi H, Matsuoka H, Shimada K, Higaki J, Ito S, Kamiya A, Suzuki H, Ohashi Y, Shimamoto K, Saruta T. Combination therapy for hypertension in the elderly: a sub-analysis of the Combination Therapy of Hypertension to Prevent Cardiovascular Events (COPE) Trial. Hypertens Res. 2012 Apr;35(4):441-8. doi: 10.1038/hr.2011.216. Epub 2012 Jan 26.
7. Cushman WC, Davis BR, Pressel SL, Cutler JA, Einhorn PT, Ford CE, Oparil S, Probstfield JL, Whelton PK, Wright JT Jr, Alderman MH, Basile JN, Black HR, Grimm RH Jr, Hamilton BP, Haywood LJ, Ong ST, Piller LB, Simpson LM, Stanford C, Weiss RJ; ALLHAT Collaborative Research Group. Mortality and morbidity during and after the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. J Clin Hypertens (Greenwich). 2012 Jan;14(1):20-31. doi: 10.1111/j.1751-7176.2011.00568.x. Epub 2011 Dec 9.
8. Miller J, Britto M, Fitzpatrick S, et al. Pharmacokinetics and relative bioavailability of absorbed testosterone after administration of a 1.62% testosterone gel to different application sites in men with hypogonadism. Endocr Pract 2011; 17:574.
9. Kaufman JM, Miller MG, Garwin JL, et al. Efficacy and safety study of 1.62% testosterone gel for the treatment of hypogonadal men. J Sex Med 2011; 8:2079.
10. A new testosterone gel (fortesta) for hypogonadism. Med Lett Drugs Ther 2011; 53:29.
11. Wang C, Ilani N, Arver S, et al. Efficacy and safety of the 2% formulation of testosterone topical solution applied to the axillae in androgen-deficient men. Clin Endocrinol (Oxf) 2011; 75:836.
12. Banerjee C, Moon YP, Paik MC, Rundek T, Mora-McLaughlin C, Vieira JR, Sacco RL, Elkind MS. Duration of Diabetes and Risk of Ischemic Stroke: The Northern Manhattan Study. Stroke. 2012 Mar 1. [Epub ahead of print]
13. Cheng HT, Huang JW, Chiang CK, Yen CJ, Hung KY, Wu KD.Metabolic syndrome and insulin resistance as risk factors for development of chronic kidney disease and rapid decline in renal function in elderly. J Clin Endocrinol Metab. 2012 Apr;97(4):1268-76. Epub 2012 Feb 15.
14. Waring AC, Harrison S, Samuels MH, Ensrud KE, LeBLanc ES, Hoffman AR, Orwoll E, Fink HA, Barrett-Connor E, Bauer DC; Osteoporotic Fractures in Men (MrOS) Study. Thyroid function and mortality in older men: a prospective study. J Clin Endocrinol Metab. 2012 Mar;97(3):862-70. Epub 2012 Jan 11.
15. Martins RA, Jones JG, Cumming SP, Coelho e Silva MJ, Teixeira AM, Veríssimo MT. Glycated hemoglobin and associated risk factors in older adults. Cardiovasc Diabetol. 2012 Feb 6;11:13.
16. Culver AL, Ockene IS, Balasubramanian R, Olendzki BC, Sepavich DM, Wactawski-Wende J, Manson JE, Qiao Y, Liu S, Merriam PA, Rahilly-Tierny C, Thomas F, Berger JS, Ockene JK, Curb JD, Ma Y. Statin use and risk of diabetes mellitus in postmenopausal women in the Women's Health Initiative. Arch Intern Med. 2012 Jan 23;172(2):144-52. Epub 2012 Jan 9.
17. Hirani V. Relationship between vitamin D and hyperglycemia in older people from a nationally representative population survey. J Am Geriatr Soc. 2011 Oct;59(10):1786-92. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03590.x. Epub 2011 Sep 13.
18. Labad J, Price JF, Strachan MW, Deary IJ, Seckl JR, Sattar N, Reynolds RM; Edinburgh Type 2 Diabetes Study (ET2DS) Investigators. Serum leptin and cognitive function in people with Type 2 diabetes. Neurobiol Aging. 2012 Apr 2. [Epub ahead of print]

2012 Yılında Nöropsikiyatri Alanında Dikkatimi Çeken Makaleler

Uzm. Dr. Fatih Tufan

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri Bilim Dalı

Nöroloji

Cramer ve arkadaşlarının Science dergisinde yayınlanan makalesinde fare Alzheimer demans (AD) modelinde retinoid X reseptör agonisti olan bexarotenin saatler içinde amiloid beta klirensini arttırdığını ve kognitif, sosyal ve olfaktör defisitleri geri döndürdüğünü göstermişler (1). Graff ve arkadaşlarının Nature dergisinde yayınlanan makalesinde histon deasetilaz 2 yoluyla gerçekleşen epigenetik blokajın sinaptik plastisiteyi bozduğunu ve hafıza bozukluğuna yol açtığını, histon deasetilaz 2 inhibe edildiğinde ise bu bulguların geri döndürülebildiğini belirlemişler (2). Buchman ve arkadaşlarının Neurology dergisinde yayınlanan makalesinde demansı olmayan yaşlıların aktivite seviyeleri izlenmiş ve ortalama 4 yıllık takip sonunda toplam fiziksel aktivitenin AD riskini yaklaşık olarak %52 oranında azalttığı belirlenmiş (3). Mart ayında Archives of Neurology'de online first olarak yayınlanan makalede Galasko ve arkadaşları, hafif-orta derece Alzheimer hastalığı olan 78 hastayı vitamin E+vitamin C+alfa lipoik asit (ECA), koenzim Q ve plasebo tedavi gruplarına ayırarak klinik ve BOS biyobelirteçleri ile izlemişler. ECA grubunda BOS oksidatif stres göstergesi olan F2-izoprostan düzeyleri anlamlı olarak azalmasına rağmen bu grupta kognitif fonksiyon gerilemesi diğer gruplardan daha hızlı bulunmuş (4). Craft ve arkadaşlarının Archives of Neurology makalesinde, AD ve amnestik hafif kognitif bozuklukta intranazal insülin tedavisinin etkileri plasebo kontrollü olarak incelenmiş ve bu tedavinin klinik sonuçlarda iyileşme sağladığı ve FDG-PET ile yapılan takipte progresyonu azalttığı saptanmış (5). Devore ve arkadaşlarının Nisan ayında online first olarak yayınlanan Annals of Neurology makalesinde küçük taneli meyve ve flavonoid tüketiminin kognitif fonksiyonlarda gerileme üzerine etkisini incelenmiş ve kognitif yaşlanmada yaklaşık 2,5 yıllık gecikme ile ilişkili olduğu tespit edilmiş (6). Howard ve arkadaşlarının New England Journal of Medicine (NEJM) dergisinde yayınlanan çalışmalarında, orta ileri evre AD hastalarında donepezil ve memantinin etkinliği araştırılmış ve donepezilin klinik etkinliğinin bu aşamalarda da sürdüğü tespit edilmiş (7). Hanney ve arkadaşlarının Lancet dergisinde yayınlanan çalışmasında demansı olan ve olmayan Down sendromlu erişkinlere plasebo kontrollü olarak memantin tedavisi ile izlenmiş ve memantinin kognitif fonksiyonların gerilemesi üzerine etkili olmadığı belirlenmiş (8).

Schrijvers ve arkadaşlarının Stroke dergisinde yayınlanan genom-çapında asosiasyon incelemesi araştırmasında, vasküler demansta X kromozomu üzerinde bulunan rs12007229 allelinin vasküler demans riskini yaklaşık 3,7 kat arttırdığı saptanmış (9). Parsons ve arkadaşlarının NEJM dergisinde yayınlanan araştırmalarında, akut iskemik inmede alteplaz ile tenekteplaz tedavileri karşılaştırılmış ve tenekteplazın kanama riskinde artışa yol açmaksızın daha iyi reperfüzyon oranlarını ve klinik sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiş (10). Purandare ve arkadaşlarının American Journal of Psychiatry dergisinde yayınlanan makalesinde AD ve vasküler demanslılarda takipte traskraniyal Doppler ultrasonografisi ile saptanan sessiz embolilerin her iki grupta da hızlı progresyon ile ilişkili olduğu tespit edilmiş (11).

Rane ve arkadaşlarının Neuropharmacology dergisinde yayınlanan makalesinde Parkinson sıçan modelinde, bir histon deasetilaz inhibitörü olan sodyum butiratın kognitif fonksiyondaki kayıpları gerilettiğini göstermişler (12). Okun ve arkadaşları, Lancet Neurology dergisinde yayınlanan araştırmalarında sabit akım derin beyin uyarısının Parkinson hastaları üzerindeki etkisini ilk kez kontrollü bir çalışmada değerlendirmişler ve sonuçta bu tedavinin etkili olduğunu göstermişler (13). Richard ve arkadaşlarının Neurology dergisinde yayınlanan plasebo kontrollü çalışmalarında, depresyonu olan Parkinson hastalarında paroksetin ve venlafaksinin motor semptomları kötüleştirmeksizin depresif semptomlarda belirgin iyileşme sağladığı belirlenmiş (14). Paumier ve arkadaşlarının Movement Disorders dergisinde Mayıs ayında online first olarak yayınlanan meta-analizde erken Parkinson hastalarında trisiklik antidepresan kullanımının dopaminerjik tedavi başlanma ihtiyacını geciktirdiği tespit edilmiş (15).

Kaynaklar

1. Cramer PE, Cirrito JR, Wesson DW et al. ApoE-directed therapeutics rapidly clear β-amyloid and reverse deficits in AD mouse models. Science. 2012;335(6075):1503-6.
2. Gräff J, Rei D, Guan JS et al. An epigenetic blockade of

cognitive functions in the neurodegenerating brain. Nature. 2012 Feb 29;483(7388):222-6.
3. Buchman AS, Boyle PA, Yu L, et al. Total daily physical activity and the risk of AD and cognitive decline in older adults. Neurology. 2012;78(17):1323-9.
4. Galasko DR, Peskind E, Clark CM et al. Antioxidants for Alzheimer Disease: A Randomized Clinical Trial With Cerebrospinal Fluid Biomarker Measures. Arch Neurol. 2012 Mar 19. [Epub ahead of print]
5. Craft S, Baker LD, Montine TJ et al. Intranasal insulin therapy for Alzheimer disease and amnestic mild cognitive impairment: a pilot clinical trial. Arch Neurol. 2012;69(1):29-38.
6. Devore EE, Kang JH, Breteler MM, Grodstein F. Dietary intakes of berries and flavonoids in relation to cognitive decline. Ann Neurol. 2012 Apr 26. doi: 10.1002/ana.23594. [Epub ahead of print]
7. Howard R, McShane R, Lindesay J et al. Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2012;366(10):893-903.
8. Hanney M, Prasher V, Williams N et al. Memantine for dementia in adults older than 40 years with Down's syndrome (MEADOWS): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2012;379(9815):528-36.
9. Schrijvers EM, Schürmann B, Koudstaal PJ et al. Genome-wide association study of vascular dementia. Stroke. 2012;43(2):315-9.
10. Parsons M, Spratt N, Bivard A et al. A randomized trial of tenecteplase versus alteplase for acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2012;366(12):1099-107.
11. Purandare N, Burns A, Morris J et al. Association of cerebral emboli with accelerated cognitive deterioration in Alzheimer's disease and vascular dementia. Am J Psychiatry. 2012;169(3):300-8.
12. Rane P, Shields J, Heffernan M et al. The histone deacetylase inhibitor, sodium butyrate, alleviates cognitive deficits in pre-motor stage PD. Neuropharmacology. 2012;62(7):2409-12.
13. Okun MS, Gallo BV, Mandybur G et al. Subthalamic deep brain stimulation with a constant-current device in Parkinson's disease: an open-label randomised controlled trial. Lancet Neurol. 2012;11(2):140-9.
14. Richard IH, McDermott MP, Kurlan R et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of antidepressants in Parkinson disease. Neurology. 2012;78(16):1229-1236.
15. Paumier KL, Siderowf AD, Auinger P et al. Tricyclic antidepressants delay the need for dopaminergic therapy in early Parkinson's disease. Mov Disord. 2012 May 3. doi: 10.1002/mds.24978. [Epub ahead of print]

Psikiyatri

Bergh ve arkadaşlarının British Medical Journal dergisinde yayınlanan araştırmasında, demansı ve nöropsikiyatrik semptomları olan, ancak depresif bozuklukları bulunmayan demanslı hastaların bir grubunda antidepresan tedavi bir hafta içerisinde kesilmiş ve bir grubunda antidepresan tedaviye devam edilmiş. Yirmi beş haftalık takip sonunda antidepresan tedavinin kesildiği hastalarda tedaviye devam eden gruba göre depresif semptomlarda belirgin artış olduğu tespit edilmiş (1). Pariente ve arkadaşlarının Archives of Internal Medicine dergisinde yayınlanan çalışmalarında kolinesteraz inhibitörü kullanırken antipsikotik tedavi başlanan hastaların verileri incelendiğinde özellikle ilk 30 gün içinde olmak üzere miyokard infarktüsü riskinde belirgin artış olduğunu tespit etmişler (2). Kales ve arkadaşlarının American Journal of Psychiatry dergisinde yayınlanan araştırmasında, demanslı hastalarda antipsikotik kullanımı ile mortalitenin ilişkisini incelemişler ve en yüksek risk haloperidol ile görülürken, en düşük risk ketiapin ile izlenmiş (3).

Fang ve arkadaşlarının NEJM dergisinde yayınlanan araştırmalarında, kanser tanısı konan hastalarda özellikle ilk haftada olmak üzere intihar riskinde belirgin artış olduğu tespit edilmiş (4).

Şubat ayında Lancet dergisinde yayınlanan meta-analizde, McKnight ve arkadaşları lityum toksisitesini değerlendirmişler ve lityumun glomerüler filtrasyon hızında azalma, hipotiroidi, hiperparatiroidi ve kilo alımı ile ilişkili olduğunu tespit etmişler (5).

Kaynaklar

1. Bergh S, Selbæk G, Engedal K. Discontinuation of antidepressants in people with dementia and neuropsychiatric symptoms (DESEP study): double blind, randomised, parallel group, placebo controlled trial. BMJ. 2012;344:e1566.
2. Pariente A, Fourrier-Réglat A, Ducruet T et al. Antipsychotic use and myocardial infarction in older patients with treated dementia. Arch Intern Med. 2012;172(8):648-53.
3. Kales HC, Kim HM, Zivin K et al. Risk of mortality among individual antipsychotics in patients with dementia. Am J Psychiatry. 2012;169(1):71-9.
4. Fang F, Fall K, Mittleman MA et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. N Engl J Med. 2012;366(14):1310-8.
5. McKnight RF, Adida M, Budge K et al. Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2012;379(9817):721-8.

Yenilikler: 2012'de Literatürde Dikkatimi Çekenler; Nütrisyon

Uzm. Dr. Ahmet Yalçın

A.Ü.T.F Cebeci Kampüsü İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

Enfeksiyon Hastalıkları:

Geriatri merkezlerinde yatan hastalarda enfeksiyon hastalıkları hem yatış süresini uzatmakta hem de önemli bir ekonomik yük ortaya çıkartmaktadır. Enfeksiyonu önlemle yöntemleri bu nedenlerle önemlidir. Aquailani ve ark. yaptıkları bir çalışmada geriatrik rehabilitasyon merkezlerinde (GRM) yatan kişilerde bağışıklık sistemini güçlendirici etkileri bilinen esansiyel aminoasitler (EAA) ile nütrisyon desteğinin GRM ilişkili enfeksiyonlar üzerinde etkilerini araştırılmışlardır. Seksen hastayla (40 EAA desteği alan, 40 plasebo) yapılan çalışmada günlük 8 gr. EAA desteği ile enfeksiyon sıklığında %30 azalma saptanmıştır. Yazarlar sonuçta EAA desteğinin GRM ilişkili enfeksiyonlardan korumada etkili olabileceği ancak daha geniş ölçekli çalışmalara ve pnömoni, İYE gibi farklı enfeksiyon tiplerini önleme etkilerine ilişkin çalışmalara ihtiyaç olduğunu belirtmişler. Hastanede yatan geriatrik hastalarda bir diğer sorun ise antibiyotiğe bağlı diaredir (ABD). Özellikle uzun dönem bakım tesislerinde kalan yaşlı kişiler ABD'ye duyarlıdır. ABD tedavisi yine antibiyotiklerle yapılmaktadır ve bu durum artan antibiyotik direnci ile ilişkilidir. Laffan ve ark. feeding tüple beslenen 22 hastada yaptıkları çift kör randomize bir çalışmada insan sütünde bulunan anti-mikrobiyal bir protein olan laktoferrinin oral yol ile verilmesi sonucunda kontrollere göre laktoferrin grubunda ABD'de anlamlı azalma saptamışlardır. Ancak önemli bir morbidite ve mrotalite nedeni olan C. difficile enfeksiyonuna bağlı ABD için ise verileri yetersizdir.

Düşmeler:

Vitamin D'nin kas ve kemikteki olumlu etkileri ile yaşlıda düşme riskini azaltığına dair çalışmalar mevcuttur. Bu konuyla ilişkili 26 çalışmayı içeren bir meta-analizde de vitamin D desteğinin düşme riskini azatlığı saptanmış ve özellikle bu etkinin vitamin D eksikliği olanlar veya D vitamini ile beraber kalsiyum desteği alanlarda daha belirgin olduğu sonucuna varılmış. Ancak meta-analizdeki çalışmaların heterojenite ve yanlılığı nedeniyle yazarlar kanıt düzeylerinin yetersiz olduğunu da belirtmişler.

Bası Yaraları:

Malnütrisyonun yara iyileşmesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Nütrisyon desteğinin yara iyileşmesi üzerine etkisini çok merkezli açık randomize bir çalışma ile Ohura ve ark.'da incelemişler. Otuz bası yaralı kontrol hastasına çalışmadan önce aldıkları aynı nütrisyon desteğine devam edilirken, 30 bası yaralı çalışma hastasına ise Haris Benedict denklemine göre bazal enerji hesaplaması yapılarak nütrisyon desteği verilmiş. Araştırıcılar yara iyileşmesini etkileyen yara bakımı, pozisyon değişimi gibi faktörleride her hasta için standart hale getirerek sonuçları etkilemelerini azaltmışlar. Çalışma gurubundaki hastaların günlük kalori ve protein alımı daha kontrollere göre daha fazlaymış. Sonuç olarak çalışma grubunda kontrollere göre yara boyutunda, kilo alımında, prealbümin seviyelerinde iyileşme görülmüş ve yazarlar yara iyileşmesini etkileyen diğer faktörler standardize edildiğinde nütrisyon desteğinin direk olarak yara iyileşmesi artırdığını belirtmişler.

Depresyon:

Depresyon yaşlılarda da sık görülmektedir. Gözlemsel çalışmalarda düşük folat seviyesinin anti-depresanlara düşük yanıta neden olabileceğine dair veriler mevcuttur. Christensen ve ark. bu olası ilişkiyi 60-74 yaş arası yaşlıları içeren plasebo kontrollü randomize bir çalışma ile değerlendirmişler. İki yıl süren çalışmada günlük folik asit dozu 400 mcg/g'miş. Altıncı haftada, 6. 12. ve 24. aylarda depresyon ölçekleri ile depresif semptomları değerlendirmişler ancak folik asitin anti-depresif tedavi etkinliğini artırdığına dair güçlü kanıt bulamamışlar. Daha yüksek dozlarda daha geniş ölçekli çalışmaların yapılması gerektiğini belirtmişler.

Polifarmasi:

Polifarmasi yaşlı hastalarda sık karşılaşılan bir problemdir. Kesitsel bir çalışma ile polifarmasinin beslenme durumuna etkisini ve ilaç- yemek etkileşimlerini değerlendirilmiş. Sonuçta polifarmasinin azalmış vitamin, eser element, fiber alımı ve artmış doymuş yağ, glukoz, sodyum ve fosfor alımı ile bağlantılı olduğu görülmüş.

Nütrisyon Takibi:
Hospitalize malnütrisyonlu yaşlı hastalarda, nütrisyon desteğinin başarısının takibinde kilo takibini, antropometrik ölçümlerin yanı sıra albümin, prealbümin gibi biyolojik parametrelerde kullanılmaktadır. Hastanede yatan malnütre yaşlı hastalarda nütrisyon desteğinin hangi parametre ile daha iyi takip edileceğine dair 6 haftalık bir çalışma yapılmış. Albümin, leptin, tansretrin, IGF-1 gibi parametreler değerlendirilmiş. Sonuçta 6 hafta sonunda sadece leptin seviyesinin nütrisyon başarısı ile korele olduğu ve CRP seviyesinden etkilenmediği görülmüş.

Diabetes Mellitus:
Erişkinlerde en sık körlük nedeni diabetik retinopati (DR) ve diabet süresi ve hiperglisemi ile ilişkilidir. Garcia ve arkadaşları proliferatif olmayan DR'li 92 hastada antioksidan desteğinin etkisini araştırmışlar. Beş yıllık çalışma sonunda DR skorlarında iyileşme saptanırken görme keskinliğinde bir düzelme saptamamışlar.

Başka bir çalışmada ise Tip 2 DM olan 102 hastada antioksidan kullanımının lipid profili ve insülin direnci üstüne etkisi araştırılmış. Lipoik asit ve α- tokoferol verilen hastalarda lipid profilinde ve insülin direncinde plasebo alanlara göre iyileşme olmasına rağmen bu değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış.

Kardiyovasküler Hastalıklar:
Konjestif kalp yetmezliği (KKY) hastalarında hücresel düzeyde mikrobesin eksikliğine bağlı mitokondriyal disfonksiyonun hastanın fiziksel kapasitesini azaltlığı düşünülmektedir. Fumagalli ve ark. stabil KKY'si olan yaşlı hastalara plasebo kontrollü bir çalışmada coenzim-Q ve kreatin desteğinin egzersiz toleransı üstüne etkisini araştırmışlar ve egzersiz toleransında artış saptamışlar.

İspanya'dan yapılan bir çalışmada ise yaşlı akut iskemik SVO'lu hastalarda peynir suyu proteini ile kasein proteininin anti-enflamatuar ve antioksidan belirteçler üstündeki etkilerini karşılaştırmışlar. Peynir suyu proteini alanlarda IL-6 seviyelerinin daha düşük ve antioksidan özelikteki glutatyonun daha yüksek seviyede olduğunu saptamışlar. Ancak mortalite için iki grup arasında fark yokmuş.

Sarkkinen ve ark. normotansif kişilerde magnezyum ve potasyum tuzundan zengin sodyum tuzundan fakir bir tuz tipini antihipertansif etkinlik açısından sofra tuzu ile karşılaştırmışlar. Yeni tuz tipini kullananlarda istatistiksel olarak anlamlı bir sistolik kan basıncı düşüşü ve 24 saatlik idrarda Na düşüklüğü saptamışlar.

Amino asit olan arjinin aynı zamanda nitrik oksit sentezi için gereklidir. Çeşitli küçük ölçekli çalışmalarda arjininin antihipertansif etkinliği gösterilmiştir. Bu nedenle Dong ve ark. bu çalışmaları içeren bir meta-analiz hazırlamışlar ve arjinin desteğinin sistolik ve diyastolik basınçta anlamlı düşme sağladığı sonucuna varmışlar.

Demans:
Alzheimer hastalığında kilo kaybı ve malnütrisyon önemli bir sorundur. Bir çalışmada oral nütrisyon beslenme ürünleri ile destek ve nutrisyon eğitimi etkinlik açısından karşılaştırılmış. Hem kilo alımı hem de antropometrik ölçümler ürün alan grupta hem kontrol hem de eğitim grubundan anlamlı olarak daha iyi bulunmuş.

Hafif kognitif bozukluk (HKB) demans gelişimi için bir risk faktörüdür ve HKB aşamasında uygulanacak tedaviler demans gelişimin engelleme potansiyeline sahiptir. Karbonhidratların kognisyonu etkilediği bilinmektedir. Karbonhidratların kognitif fonksiyonlara etkileri ile ilgili yapılmış randomize çalışmaları değerlendiren bir meta-analiz yapılmış. Çalışma populasyonları toplumda yaşayan kognitif fonksiyonları normal veya HKB'lu yaşlılarmış. Ancak değerlendirilen çalışmaların hiçbiri kanıt açısından uygun bulunmamış ve bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu bildirilmiş.

Osteoporoz:
Meyve ve sebze tüketiminin kemik sağlığına olumlu etkileri ile ilgili çalışmaların sonuçları tutarsızdır. Bu ilişkiyi değerlendirmek için bu konuyla ilişkili bir meta-analiz yapılmış. Ancak çalışmalardaki heterojenite ve bias nedeniyle sonuçlar yeterli bulunmamış, bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiş.

Bir başka çalışmada ise kuru üzümün kemik üzerine etkisi araştırılmış. İki yüz otuz altı postmennapozal kadın çalışmaya katılmış. D-vitamini ve kalsiyum desteği dışında hormon replasman tedavisi veya kemik metabolizmasına etkili başka bir tedavi almıyorlarmış. Çalışma sonunda kontrol grubuna göre ön kol, bel KMD'sinde anlamlı artış ve kemik yıkım belirteçlerinden alkalen fosfataz ve tartarat dirençli fosfatazda anlamlı düşüş görülmüş. Sonuçta kuru üzüm kemik yıkımını azalltma yoluyla kemik üstünde koruyucu etkisi olabiliceği sonucuna varılmış.

Proteinin desteğinin kemik yapımı üstüne etkisi ilişkin kanıtlar tutarsızdır ve bu konu üstünde uzun süreli randomize ça-

lışma da yoktur. Bu nedenle 219 postmenapozal kadında plasebo kontrollü yapılan çalışmada günlük 30 gr. peynir suyu proteinin DEXA ve volümetrik BT ile değerlendirilen KMD sonuçlarına etkisi plasebodan farklı bulunmamış . Deneklerin hepsinin yeterli günlük protein alması (1.1 gr/gün) gruplar arasında fark olmamasının sebebi olarak düşünülmüş. Protein eksikliği olan kadınlarda çalışmaların yapılması gerektiği vurgulanmış.

Sarkopeni:

Sarkopeni yaşlı populasyonda önemli bir sağlık sorunudur ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Sedanter yaşam tarzı ve protein alımında azalma özellikle etkilidir. Kaloriden kısıtlı yüksek protein içerikli diyet (özellikle dallı zincirli amino asit içerenler) egzersizle beraber kas kitlesinin korunmasında etkili olabilir.

Lösin insülin salınımını artırarak protein yapımında etkili olabilir ve kan şekeri kontrolü açısından faydaları olabilir. Tip 2 DM hastalarına 6 aylık süre boyunca plasebo kontrollü olarak günlük 7.5 gr. lösin vermişler. Yağsız vücut kitlesi, amino asit ve lipid konsantrasyonları, $HbA_{1c,}$ kas gücü ve kas biyopsisi değerlendirilmiş. Sonuçlarda her iki grup arasında değerlendirilen parametreler arasında fark saptanmamış ancak tüm katılımcılar günlük yeterli protein alımları varmış. Sonuç olarak günlük yeterli protein alan Tip 2 DM hastalarında lösin desteğinin glisemik kontrol, lipid seviyeleri ve kas gücü ile kütlesine etkisi bulunmamış.

Kreatin desteğininde sarkopeni üstünde faydalı etkileri olduğu gösterilmiştir. Kreatin desteğinin dozu ve zamanlaması etkinlik açısından önemlidir.

Groe ve ark. ise farklı bir protein desteği yöntemini araştırmışlar. On altı sağlıklı yaşlı erkekte uyku sırasında enteral yolla protein infüzyonu uygulamışlar ve protein emilimi ve sonrasındaki kas yapımını incelemişler. Sanılanın aksine gecede protein emilim ve sonrasında kas yapımının gündüzle benzer olduğunu bulmuşlar.

Başka bir çalışmada ise bakım evinde kalan yaşlılarda esansiyel amino asit desteğinin depresif semptomlar, kas fonksiyonları ve hayat kalitesi üzerine etkisi araştırılmış. Sonuçta hayat kalitesi ile ilgili ölçeklerde düzelme, depresif semptomlarda azalma ve günlük aktivitelerde düzelme saptanmış.

Panel: Son 2 Yılda Tedavide Neler Değişti?: Hipertansiyon İlaçları

Doç. Dr. İlker Taşçı
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Geriatri Bilim Dalı

Yaşlıda hipertansiyon tedavisinde son 2 yılda neler değişti sorusuna zengin içerikli bir yanıt bulmak çok da mümkün değil gibi görünüyor.

2003 yılında Amerika halkı için yayınlamış olan ''The 7th Report of the Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure" ve hepimizce ''JNC 7 raporu" olarak bilinen kılavuzun hazırlanması sürecinde yürütücü komitede geriatrist bulunup bulunmadığı rapor içeriğinde doğrudan anlaşılamamaktadır (1). Sadece, Amerikan Geriatrik Kardiyoloji Derneği koordinasyon kurulan derneklerden birisi olarak tanımlanmıştır. JNC 7 kılavuzunda yaşlı bireylerden sadece bir paragraf halinde bahsedilmekte ve genel tedavi prensiplerinin diğer yaş gruplarıyla aynı olması gerektiği vurgulanmaktadır. Bir cümleyle de etkin kan basıncı kontrolünün kognitif becerileri iyileştirebileceğine değinilmiştir. Dolayısıyla, bu kılavuzun yaşlı bireyler açısından güncellenme gereksinimi ortadaydı. Bu ihtiyaç öngörülmüş olsa gerek 2011 ortalarında ''ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly" başlığı ile yaşlı bireyler için türünün ilk örneği olan bir kılavuz yayınlanmıştır (2). Bu yenilik yaşlıda hipertansiyon yönetimine yönelik son yıllarda meydana gelen en önemli gelişmedir. Bu kılavuzda göze çarpan başka bir önemli ayrıntı daha vardır. Bilindiği gibi 2007 ESC/ESH hipertansiyon kılavuzu, ilk sıra ilaç seçeneği olarak tiyazid türü diüretikleri öneren JNC 7 kılavuzunun aksine başlangıç tedavi ajanının seçiminde biden fazla ilaca aynı önceliği vermiştir (3). Erişkin toplumda hipertansiyon tedavisine yaklaşımda ciddi sayılabilecek bir uygulama farklılığı olarak göze çarpan bu duruma rağmen, yaşlı bireyler için hazırlanan ACCF/AHA 2011 kılavuzunda ise Avrupa Hipertansiyon Cemiyeti ile işbirliği yapıldığı deklare edilmiş ve kılavuz bir nevi uluslararası özellik de kazanmıştır.

Amerikan Geriatri Derneğinin de aktif katılımıyla hazırlanan ''ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly" başlıklı kılavuzda tanımlanan tedaviye düşük dozda başlanması, tiazid türü diüretiklerin ilk seçenek olmaması halinde en kötü olasılıkla eklenen ilk ilaç olması, bazı hasta grupları dışında sistolik kan basıncının tolere edilebilirse 140 mmHg altına düşürülmesinin yeterli görülmesi gibi öneriler bu yıldaki Akademik Geriatri Kongresinde çeşitli oturumlarda tartışılacaktır.

2008 yılında yayınlanmış olan HYVET çalışmasında 80 yaşından büyük bireylerde diüretikle başlanan ve ACEI ile devam edilen tedavi neticesinde sistolik kan basıncının 150 mmHg altına düşürülmesi ile plaseboya göre toplam mortalitede %21 azalma meydan gelmiştir (4). İleri yaşlı olgularda da etkin kan basıncı sağlanmasının önemini ortaya koymuş olan ve ortalama katılımcı yaşıyla dikkat çeken bu araştırmaya evre 1 hipertansif vaka alınmamış olması, genel olarak sağlık durumu daha iyi olan olguların dahil edilmiş olması ve katılımcıların %90'dan fazlasının Çin ve doğu Avrupa ülkelerinden sağlanmış olması sonuçların başka çalışmalarla desteklenmesi gerektiği kanaati oluşturmaktadır.

Bu arada, 2009'da ESC/ESH tarafından biriken kanıtların da incelemesiyle 2007'de yayınlanan kılavuzun ''yeniden değerlendirmesi" yayınlanmıştır (5). Bu güncelleme HYVET' in de açıklanmış olmasının da etkisiyle yaşlı hipertansif bireyler için oldukça geniş veri özeti ve öneriler içermekte olup en son Avrupa geneli hipertansiyon kılavuzu olma özelliğini taşımaktadır. Önceki kılavuzda olduğu gibi bu öneriler grubunda da kan basıncı hedefi 140 mmHg olarak korunmuş ve tedavi ajanı seçiminde diğer yaş gruplarındakinden farklı davranılmaması gerektiği belirtilmiştir.

Son olarak Britanya adası için oluşturulmuş olan NICE kılavuzlarından hipertansiyonla ilgili olan ''NICE clinical guideline 127 Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults" Ağustos 2011'de yayınlanmıştır (6). Bu kılavuzda tedavi kararının 80 yaşının altındaki tüm bireyler için benzer şekilde alınması, 80 yaşın üzerinde evre 2 hipertansiyon varlığı durumunda tedavi başlanması ve 80 yaşından genç tüm bireylerde kan basıncı hedefinin 140/90 mmHg, 80 yaşından büyük bireylerde ise 150/90 mmHg olması gerek-

tiği önerilmiştir. Ayrıca ilaç seçimi konusunda 80 yaş altı ve üstü bireyler için farklı davranılmaması gerektiğine değinilmiştir. Genel olarak tedaviye bir RAS blokörü ile başlanması, kalsiyum kanal blokörü ve diüretiklerin sırayla alternatif olarak kullanılması gerektiği önerilmiştir. Diğer alanlardaki önceki NICE kılavuzları da değerlendirildiğinde yaşlı olgulara ait detaylı öneriler içermesi oldukça olumlu gibi görünse de bu kılavuzun oluşturulmasında kullanılan kanıtların derecesi zayıf kalmaktadır.

Kaynaklar

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, ve ark. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003;289:2560-72.
2. Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ, ve ark. ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus documents developed in collaboration with the American Academy of Neurology, American Geriatrics Society, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, American Society of Nephrology, Association of Black Cardiologists, and European Society of Hypertension. J Am Coll Cardiol. 2011;57:2037-114.
3. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, ve ark. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2007;28:1462-536.
4. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med. 2008;358:1887-98.
5. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, ve ark. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. J Hypertens. 2009;27:2121-58.
6. http://www.nice.org.uk/guidance/CG127

Yaşlılarda Dislipidemi Tedavisi 2012

Uzm. Dr. Sevgi Aras
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı

Dislipidemi, tanım olarak serum total kolesterol, LDL kolesterol, trigliserid, apo-B veya lipoprotein (a) düzeyinin 90 persentilin üzerinde, HDL kolesterolün ise 10 persentilin altında olmasıdır.

Lipit metobolizması farklı yollarla bozularak plazma lipoproteinin işlevleri ya/ yada düzeylerinde değişikliklere yol açmaktadır. Hiperlipidemi yaştan bağımsız, önemli bir sağlık problemidir. Hiperlipidemi koroner arter, serebrovasküler, periferik arter hastalıklarını içeren kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür. Yaşlılarda yapılmış çalışmalar 60 ile 80 yaşları arasında hiperlipideminin kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü olduğunu göstermiştir.

Altmış beş yaş üstü erkeklerin hemen hemen %25'i ve kadınların %42'sinde total kolesterol düzeyi 240 mg/dl'den daha yüksek düzeylerdedir. Bu yaşlarda HDL kolestrol düzeyinde fazla değişiklik olmaz iken trigliserid düzeylerinde hafif artışa eğilim vardır.

Koroner arter hastalığına bağlı ölümlerin %80'ninden fazlası 65 yaş üstü kişilerde görülmektedir. Bu sonuç geriatrik yaş grubunda kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini azaltıcı tedavilerin önemini ortaya koymaktadır. Ancak yaşlı populasyonda bu alandaki en önemli sorun, lipid düşürücü tedavi yaklaşımlarının bir takım sebeplerle yeterince uygulanamamasıdır. Halbuki yaşlıların da en az gençler kadar lipid düşürücü tedaviden fayda gördüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur. Seksen yaş üstü kişilerin tedavisine ilişkin çok kısıtlı sayıda kanıt mevcut olduğundan çok yaşlılarda klinik sağduyunun verilecek kararları yönlendirmesi gerekir.

Yaşlı kişiler için özel tedavi kılavuzları maalesef yoktur. "National Cholesterol Education Program (NCEP) III" önerilerine göre, erişkinlerde koroner arter hastalığı olanlarda, diyabeti ya da 2'den fazla aterosklerotik risk faktörü olanlarda LDL kolesterol hedefi olarak 100 mg/dL verilmiştir. Ancak yaşlı popülasyonda yapılan primer ve sekonder önleme çalışmaları bu hedefin bile oldukça yüksek olduğunu düşündürmektedir. Bazı kaynaklar, hedefin 70 mg/dL'ye kadar çekilmesi gerektiğini öne sürmektedir. Buna göre, hatta başlangıç lipid değerleri ne olursa olsun statin başlanması gerektiğini önermektedirler.

Birincil koruma: Yaşlılarda birincil koruma gençlerden uygulananlardan farklı değildir. Daha önce koroner arter hastalığı ile ilgili problem yaşamamış yaşlılarda yaşam tarzı değişiklikleri yanında lipit düşürücü tedavinin yaşamı uzattığına ilişkin herhangi bir kanıt mevcut değilse de birincil koruma yaşlılarda kardiyovasküler morbiditeyi (inme, kalp krizi) azatlamaktadır. PROSPER (The Prospective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk) çalışması ilk kez yaşlı kişileri değerlendiren prospektif bir çalışmaydı. Bu çalışmaya 70-82 yaşlarında, vasküler hastalığı veya KAH riski (hipertansiyon, sigara, diyabet) yüksek, 5804 hasta dahil edilmiştir **Üç yıllık izlemden sonra pravastatin LDL kolestrol düzeylerini %34, trigliserid düzeylerini %13 ve koroner arter hastalık riskini %15 oranında azaltmıştır. Ancak toplam mortaliteyi azaltmamış ve bilişsel işlev bozukluğunu iyleştirememiştir. CTT(**Cholesterol Treatment Trialists Collaboration) genç ve yaşlı hastalar arasında göreceli risk azaltımı açısından anlamlı farklılıklar gösterememiştir.

İkincil koruma: Study Assessing Goals in the Elderly koroner arter hastalığı olan yaşlı bireylerde yoğun ve orta seviyeli lipid düşürücü tedavinin miyokard iskemisi üzerine etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmadır. En az birkez miyokard iskemi atağı geçiren, 65-85 yaş arası hastalar yoğun ve orta seviyeli statin tedavi gruplarına ayrılarak değerlendirilmiştir. 40 mg pravastatin tedavisi ile 80 mg atorvastatin tedavisi karşılaştırıldığında her iki tedavi grubunda da iskemik olaylarda azalma gözlenmesine rağmen, 80 mg atorvastatin tedavisi alanlarda, daha düşük sıklıkta major akut KV olay ve tüm sebeplere bağlı toplam mortalite gözlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada yaşlı erkek ve kadın hastalarda yoğun statin tedavisinin faydaları tanımlanmıştır. Sekonder koruma çalışmalarından, CARE, 4S, LIPID çalışmalarının alt grup analizlerinde, yaşlı bireylerde tüm KV olayların tedavi alan grupta anlamlı olarak daha az görüldüğü tespit edilmiştir .

Trigliserid düşürücü tedavi de kardiyovasküler hastalıklara bağlı morbidite ve mortalitede azalma sağlamaktadır. "The Veterans Affairs High-Density Lipoprotein Cholesterol Intervention Trial" çalışmasındaki hastaların %77'sinin yaşları 60 ve üzerinde idi. Gemfibrozil alan grupta LDL kolesterol düzeyleri değişmez iken, trigliserid düzeyleri %31 azalmış, HDL %60 artmıştır. 5.1 yıllık takibin sonucunda ölümcül veya ölümcül olmayan MI %22, inme ise %24 azalmıştır.

Yan etkilerden korunmak amacı ile yaşlılarda hiperlipidemi tedavisine düşük dozda başlamak ve hedeflenen değere göre artırmak faydalı olur.

Yaşlıların lipit düşürücü ilaçları alma ve statin tedavisine uyum sağlama gençlere göre daha düşüktür. Maliyet, olumsuz etkiler, lipit düşürücü tedaviye rağmen koroner olayların meydana gelmesi ve ilacın yararlı olmadığı algısı tedaviye uyumsuzluk nedenidir. Çeşitli sebeplere bağlı ilacı bırakma oranları yaştan bağımsız olarak safra asidi sekesteranlarıyla %40, nikotinik asitle %46, gemfibrozille %37 olarak bulunmuştur. Dolayısı ile safra asidi sekesteranları primer değil sekonder tedavi yaklaşımı olarak değerlendirilmelidir.

İnce barsaktan kolesterol emilimini azaltarak etki gösteren ezetimib statinlere yardımcı olacak tedavi yöntemi olarak görünmelidir.

Nikotinik asit, HDL yükseltici etkisinden dolayı oldukça avantajlı olmasına rağmen, yaşlılarda diabetin sık görülmesi, regülasyonun gençlere göre daha zor olması bu ilacın glukoz düzeylerine olumsuz etkilerinden dolayı kullanılmasını kısıtlamaktadır.

Kaynaklar:

1. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhala N, Peto R, Barnes EH, Keech A, Simes J, Collins R.Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. Lancet 2010;376(9753):1670-81.
2. Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RG, de Craen AJ, Knopp RH, Nakamura H, Ridker P, van Domburg R, Deckers JW. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2009 Jun 30;338:b2376. doi: 10.1136/bmj.b2376. Review.
3. Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, Bollen EL, Buckley BM, Cobbe SM, Ford I, Gaw A, Hyland M, Jukema JW, Kamper AM, Macfarlane PW, Meinders AE, Norrie J, Packard CJ, Perry IJ, Stott DJ, Sweeney BJ, Twomey C, Westendorp RG; PROSPER study group. PROspective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomisecontrolledtrial.Lancet2002;360(9346):1623-30.
4. Miller M, Gambert SR. Endocrine disorders. In: Landefeld SC, Palmer MR, Johnson AM, Lyons LW (eds). United States: McGraw-Hill Companies, 2004: 317-37
5. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP)Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285: 2486-97.
6. Rubins HB, Robins SJ, Collins D, et al. Gemfibrozil for the secondary prevention of coronary heart disease in men with low levels of high-density lipoprotein cholesterol. Veterans Affairs High-Density Lipoprotein Cholesterol Intervention Trial Study Group.N Engl J Med 1999; 341: 410-8.
7. Deedwania P, Stone PH, Bairey Merz CN, et al. Effects of intensive versus moderate lipidlowering therapy on myocardial ischemia in older patients with coronary heart disease: results of the Study Assessing Goals in the Elderly (SAGE). Circulation 2007;115:700-707

Türkiye'de Evde Bakım Uygulamaları

Uzm. Dr. Sumru Savaş
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Geriatri BD.

Evde Bakım

Ev bakımı olarak adlandırdığımız sağlık, sosyal ve destek servislerin evde sağlanması, en hızlı büyüyen bakım endüstrilerinden biri olmaya başlamıştır. Bunun nedenleri yaşlı nüfusun artışı, toplumda yaşayan fonksiyonel olarak yetersizliği olan yaşlıların artışı ve çoğu yaşlının evinde bakım almayı tercih etmesidir.

Evde Bakımın Geçerliliği

İyi hedeflenmiş, ev bazlı değerlendirmelerin klinik gidişi ve bakım maliyetlerini etkilediği konusunda kanıtlar mevcuttur. Kontrollü bir çalışmada; hastaneden taburcu edilmiş yüksek riskli hastalara hemşire veya farmakolog tarafından yapılan tek ev ziyaretinin klinik bozulmaları tanımlamada faydalı olduğu görülmüştür.

Evde Bakım ve Hekim

Amerika modelinde; evde bakımda hekimin rolü;

- Servislerin denetimi
- Uygulayıcılarla iletişim
- Ev vizitleridir.

Ev vizitlerinin dezavantajları: zaman alıcı olması, etkin olmaması, ödenme olmaması/az ödenir olması, güvenlik ve alet olmaması konularındaki endişeler olarak bildirilmektedir. Avantajları: hasta için kolaylığı, destek ve iç rahatlatma sağlaması ve değerlendirme bilgisinin geçerliliğidir. Ayrıca yaşlı bir hastanın ev viziti alma olasılığının bilgisayarlı tomografi veya kardiyak kateterizasyon uygulanma olasılığından daha düşük olduğu belirtilmektedir.

Evde Bakım Hizmetinde Ekip Anlayışı

Evde bakım hizmetlerinin kapsamı ve hastane bakımının yerine alternatif olarak ele alındığı düşünülürse, bu hizmetten sadece bir meslek grubunun sorumlu olamayacağı anlaşılır. Evde bakım hizmetlerinde temel düşünce, bireysel olarak planlanmış, kapsamlı bir bakım planı ile hizmeti organize etmek olduğu için, yaşlı bireyin özellikleri interdisipliner ekip anlayışı ile saptanmalıdır.

Evde Bakım Endikasyonları

Evdeki bakım endikasyonları sıklıkla; ileri yaş, kırılgan yaşlı, multipl komorbid hastalığı olanlar, tekrarlayan ve sık hastane yatışları olanlar, eve bağımlı olanlar, bozulmuş psikososyal veya fonksiyonel durumu olan, terminal dönemdeki hastalardır.

Ev viziti; fonksiyonel durumu etkileyen medikal, psikososyal ve çevresel faktörleri tanımlamaya yardımcı olur.

Ev Viziti

Ev viziti öncesi hekim veya takım hastanın tıbbi tanıları, mevcut yararlandığı servis-bakımlar, destekleri, sosyal güvenliği ve kullandığı ilaçlar gibi önemli bilgileri edinmiş olmalıdır. Hastalar yerleşimlerine göre sınıflandırılmalı ve en etkin rota belirlenmelidir. Vizit öncesi aile ile bağlantıya geçilerek orada bulunmaları sağlanmalıdır.

Hasta için gerekli tüm bilgilerin edinilmesi için birkaç vizit gerekebilir. Bir kontrol listesi faydalı olabilir.

Ev viziti temel elemanları olan; öykü alma ve fizik muayene, hasta-hekim ilişkisini güçlendiren sosyal etkileşim, bakıcı ve bakıcı yükü değerlendirmesi, çevre güvenliği değerlendirmesi, psikososyal değerlendirme, beslenme değerlendirmesi, finansal değerlendirme, kognitif değerlendirme, ilaç listesinin gözden geçirilmesi, fonksiyonel değerlendirme, ileri direktifler ve kişisel tercihler için görüşme girişi, bakım yönetim planlamasına girişi içermelidir.

Türkiye'de Evde Bakım Uygulamaları

Türkiye'de 65 yaş üzeri kişilerin sayısı gittikçe artmaktadır. Türkiye'nin toplam nüfusu 2009'da 72.561.312 olarak belirtilmiş iken, 65 yaş üzeri nüfus ise 5.083.414 olarak belirtilmiştir. 2011 yılı itibarı ile 65 yaş üzeri nüfusumuz toplam nüfusun % 7'sini oluşturmaktadır. Yaşam beklentisi tüm popülasyonda ortalama olarak 73,2'ye ulaşmıştır. Bu kişilerin bakımı gelecekte önemli bir konu olacaktır. İleri yaştaki kişilerin bakımı ekonomik sebepler ve vatandaşlık hakları açısından önem-

li bir konudur ve bakımlarında nerede yaşamak istedikleri konusundaki seçimleri de göz önüne alınmalıdır. 75 yaşın üzerindeki 10 kişiden yedisi bir kuruma karşı kendi evlerinde yaşamayı tercih etmektedirler. Gelecekte evde bakım konusunda yeni düzenlemeler ile yaşlı bakımında daha fazla çalışana ihtiyaç olacaktır. Halihazırda ülkemizdeki hizmetler devlet tarafından yaşlılara verilen daha çok kurum bazında olan hizmetler şeklindedir. Türkiye'de mevcut huzurevleri gereksinimi karşılamaktan çok uzaktır. Ancak evde bakımın da tarihi oldukça yenidir. Bu alandaki ilk çalışmalar özel sektör ile başlamıştır. Bugün ise evde bakım hizmetleri; özel evde bakım merkezleri, özel hastaneler ve yerel yönetimler ile sağlık bakanlığına bağlı kamu hastanelerinin evde bakım birimleri, aile sağlığı merkezleri ve aile hekimleri tarafından yürütülmektedir. Ancak Türkiye'de evde bakım hizmetleri yaygınlaşmamıştır. Altyapı planlamaları yapılmasına ve yaygınlaştırma çalışmalarına ihtiyaç vardır ve bu hizmetleri verecek nitelikli insan gücü eksiklikleri mevcuttur. Evde bakım hizmetlerinin sunumu ile ilgili iyi örnekler bu konudaki uygulamaların yaygınlaşmasına yol açacaktır. Bu bağlamda Türkiye'deki Evde Bakım Uygulamalarına örnekler verilecektir.

Kaynaklar:

1. Pınar R. Türkiye'de Evde Bakımda Mevcut Durum, Akademik Geriatri Kongresi, 2010. http://www.akademik-geriatri.org/geriatri_konusmaci_metinleri/16.pdf
2. Erdil F, Celik SS, Baybuga MS. Aging and Nursing Services. In: Aging in Turkey. Troisi J, Kutsal YG (eds.) Veritas Press, Malta, 2006; 105-129.
3. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Evde sağlık il hizmet verileri tablosu. Erişim tarihi 10.04.2012 http://www.tedavi.saglik.gov.tr/
4. Ferrier C, Lysy P. (2000). Home assessment and care. Can Fam Physician, 46: 2053-2058.

Yaşlılık ve Diyabet: Sık Karşılaşılan Problemlere Güncel Hemşirelik Yaklaşımları

Nalan Akbayrak
GATA HYO Md.Yrd.

"Diyabette tedavi yöntemlerinin hasta tarafından anlaşılması çok iyi sonuç verir. Bu olgu başka bir hastalık için bu kadar önemli değildir. Diyabet hastasının karakterini, hastalığını kavrama başarısını, dürüstlüğünü, kendi kendini denetleyebilme başarısını ve cesaretini test eden bir hastalıktır." Dr. Eliot Joslin, 1923

Her yaş grubundaki insanı ilgilendiren Diyabetes Mellitus (DM), kronik hastalıklar içinde önemli bir yere sahiptir. DM, prevelansının giderek yükselmesi ve neden olduğu komplikasyonlarından dolayı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önemli bir sağlık sorunu olarak tanımlanmıştır. Dünyada toplam diyabetli hasta sayısı 2000 yılında 171 milyon hesaplanırken, bu sayının 2030 yılında 438 milyona ulaşması beklenmektedir (Wıld ve ark.2004, 2012 diyabet aajandası). Ülkemizde TURDEP II (2010) çalışma sonuçlarına göre, DM prevalansı %13.7'dir (1997'de %7.2). Buna göre 12 yıl içinde DM sıklığı %90, obezite ise %44 artmıştır. Diyabet yaşı 5 yıl erken başlamaktadır (İyi haber ise sigara içme oranının %42 azalmış olmasıdır) (Satman 2010).

Görüldüğü gibi DM'lu hasta sayısı, günümüzde hızlı bir artış göstermektedir. Diyabetik hastalarda komplikasyonların ortaya çıkışında hiperglisemi önemli rol oynamaktadır (Bayraktar 2004). Yapılan çalışmalarda, tip 1 ve tip 2 diyabette iyi metabolik kontrol sağlanarak diyabetin komplikasyonlarının oluşması ya da ilerlemesinin önlenebildiği ortaya konulmaktadır (Kitiş 2004). Aynı şekilde araştırmalar kan glukoz seviyesinin normale getirilmesinin, mikrovasküler ve nörolojik komplikasyon riskini azalttığını göstermektedir (Kim and Oh 2003). Metabolik kontrolün sağlanması için; tip 1 diyabette, insülin gereksiniminin dışarıdan karşılanmasının yanında insülin alımının beslenme ve egzersiz ile uyumlu hale getirilmesi gerekmektedir. Tip 2 diyabette ise, metabolik kontrolün sağlanması için, temelde beslenmenin ve fiziksel aktivitenin düzenlenmesi, bu yolla metabolik kontrolün sağlanamaması durumunda oral hipoglisemik ilaçlar ve/veya insülinin tedaviye eklenmesi gerekmektedir (Kitiş ve Karakum 2003).

Günümüzde, kronik hastalıkların tedavisinde başarılı olabilmenin yolunun; hasta ve yakınlarının eğitimi ile tedaviye katılımlarının sağlanması olduğu kabul edilmektedir. WHO'ya göre "eğitim", diyabet tedavisinin temel taşıdır ve diyabetlinin toplum ile bütünleşmesinde yaşamsal önem taşır. Diyabet bakımı, her bireyde farklı özellikler içeren, yeni planlamalar, farklı bireysel yaklaşımlar gerektiren dinamik bir süreçtir. Bu nedenle, diyabetik hasta eğitimi; hastaya özel, onun benimseyip uygulayabileceği şekilde düzenlenmeli, güncel, pratik ve sürekli olmalıdır (Yılmaz ve ark. 2002). Bu şekilde sürdürülecek eğitim ve danışmanlık programları ile; diyabetlinin farkındalığı arttırılır, güçlendirilir, böylece bakım sorumluluğunu üstlenmesi ve sürdürmesi sağlanır. Bu noktada eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin önemi gittikçe artmaktadır (Özcan 2004). Çınar ve ark. tarafından diyabetes mellituslu hastaların takibinde telefonla izlem hemşireliğinin etkinliğinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada, üç aylık izlem süresinin sonunda hastaların HbA1c, AKŞ, PPKŞ, total kolestrol, LDL-kolestrol, BKI, sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinde ve hipoglisemi yaşama sıklığında istatistiksel olarak önemli azalma saptanmıştır. İzlem başlangıcı ve sonunda, diyet, egzersiz, ilaç kullanımı ve yeterli ayak bakımına uyum konusunda anlamlı fark bulunmuştur. Hastaların tamamının telefonla izlem hemşireliğinden ve takip programından memnun oldukları tespit edilmiştir. Sonuçta, diyabetik hastaların telefonla izlem programına alınarak, yapılan planlı diyabet eğitiminin, hastaların metabolik kontrol değerlerinde, yaşam tarzlarında önemli farklar yarattığı, telefonla izlem programının birçok durumu bir arada iyileştirdiği ve hasta memnuniyetini arttırdığı görülmüştür (Çınar ve ark. 2010).

DİYABETİN YÖNETİMİ TANI KONDUĞU ANDAN İTİBAREN BAŞLAR

Hangi yaşta olursa olsun tanı konduktan sonra hastaların mevcut yaşam tarzlarının değiştirilmesi veya iyileştirilmesi yönünde eğitime başlanmalı ve hastalığı kabullenmeleri sağlanmalıdır. Hastaların hastalıklarını kabullenmeleri ve bu uğurda yaşam tarzlarını değiştirmeleri kolay değildir. Nitekim

Demirtaş ve Akbayrak (2009) tarafından DM'lu hastaların, hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada hastaların duygu, düşünce ve yaşantılarını ortaya çıkaran 7 başlık belirlenmiştir. Bunlar TEMD şok, inkar, baş kaldırma veya öfke, pazarlık, geri çekilme ve depresyon, kabullenme gibi bilinen temalar dışında, "boyun eğme veya sahte kabul" temalarıdır (Demirtaş 2009). Sahte kabul, diyabet hastalarında hastalığa uyumlarını engelleyen bir durumdur, erken fark edilmesi ve dikkatle ele alınması gerekir. Aksi takdirde hastaların alternatif tedavi yöntemlerini %62 gibi yüksek oranda tercih etmelerinin (Dedeli 2008) nedenini açıklamada güçlük çekebiliriz.

HASTALARIN KENDİ HASTALIKLARINI KONTROL ETMELERİ ÇOK ÖNEMLİDİR

2004 yılında yapılan bir çalışmada DM hastalarının %61'i insülinin bağımlılık yaptığını, %70'i insülin uygulama tekniğini, %49'u saklama koşullarını bilmediğini belirtmekteydi (Uçan 2007). Yapılan diğer çalışmalarda da durum çok farklı değildi. Bu durum hemşirelerin diyabetin yönetiminde daha fazla etkin olmaları gerektiğini, özellikle diyabet eğitim hemşireliği sertifikası alan hemşirelere gereksinim olduğu sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

DİYABET BAKIMINDA YAKLAŞIM

- Tıbbi beslenme tedavisi; sağlıklı ve uygun beslenme, obeziteyi önleme, yağ alımını azaltarak damarları ve kalbi koruma,
- Fiziksel aktivite ve egzersiz programı; hareketli bir yaşamı başlatma, egzersizin çok yönlü etkilerinden yararlanma,
- Medikal tedavi; diyabet tedavisi (oral antidiyabetik ilaçlar, insülin) ve eşlik eden diğer hastalıkların tedavisi (obezite, kronik komplikasyonlar gibi),
- Kendi kendini izleme; kan şekeri, gerektiğinde ketonlar, kilo, kan basıncını izleme,
- Risklerin tedavisi; sigaranın bırakılması olarak özetlenebilir (Özcan 2004).

Tedavi planı hasta ve ailelere göre bireyselleştirilmelidir. Tedavinin bir parçası olarak kendi kendine bakım eğitimi verilebilir. Plan yaparken hastanın yaşı, eğitim ve çalışma durumu, fiziksel aktivitesi, sosyal statüsü, kişiliği, kültürel faktörler, yemek yeme düzeni, diyabetin komplikasyonlarının varlığı, diğer sağlık sorunları göz önüne alınmalıdır. Uygun eğitim sunmak ve problem çözme becerisi geliştirmek için birçok teknik ve strateji kullanılabilir. Tedavi planı yapılırken, amaçların ve tedavi planının uygulanabilir ve mantıklı olması için, her görüş; hasta ve bakımı veren sağlık ekibi tarafından anlaşılmalı ve aynı fikir paylaşılmalıdır (American Diabetes Association 2004). Hemşirelerin hastalar için yapacakları en önemli görev, hastalıklarının yönetiminde kontrolü ele almalarını sağlamaktır. Bakım ve izlem sürecinde hastanın aktif rol alması çok önemlidir. Diyabet bakımı, ancak diyabet hastasının eğitim süreciyle birleştirildiğinde ve bakımın sonuçları değerlendirildiğinde etkili olmaktadır. Diyabet bakımı, diyabetli bireylerin kendi bakımlarını daha iyi yapabilmeleri için sağlık ekibi üyelerinin diyabetliler için sunduğu tüm olanakları kapsamaktadır. Bu bağlamda klinik bakımın yanı sıra bakıma katkı sağlayacak yeni bilgiler, tanı yöntemlerindeki gelişmeler, beslenme ve egzersiz yönetimi, yeni ilaçların kullanımı ve ilaç yönetimi, komplikasyonların yönetimi, hastalık ve acil durum yönetimi, akut ve kronik komplikasyonların yönetimi de bakım kapsamında ele alınmaktadır (Yılmaz 2009).

Tüm kronik hastalıklarda ve Geriatride ekip çalışması ve bu yolla kazanılacak sinerji önemlidir. Bu amaçla bir araya gelen paydaşların "Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler" çalıştayında ele aldıkları bakım ve izlem konuları ele alınmıştır.

YAŞLILARDA DİYABET

Ülkemizde de yaşam süresinin uzaması ile yaşlı diyabetli nüfus giderek artmakta ve bu grup diyabetlilerin bakım ve tedavisi sorun oluşturmaktadır. Bu konuya ilişkin Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) yaklaşımı ve önerileri aşağıda özetlenmiştir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2011).

BAKIM VE İZLEM AÇISINDAN HASTA EĞİTİMİ İLE İLGİLİ MEVCUT DURUM VE SORUNLAR

- Yaşlı hastalara yaklaşımda, kişiselleştirilmiş ve yaşlanma süreciyle uyumlu bir yaklaşım kullanılmalıdır. Bununla beraber, uzun dönem glisemik kontrolün (10-20 yıl) faydalarını görecek kadar yaşayacağı beklenen ve aktif, kognitif fonksiyonları iyi ve kendi kendine yönetimin sorumluluğunu almaya hazır olan hastalar bu yönde desteklenmelidir (Tahmiscioğlu 2008).
- Yaşlılar kırılganlık, multiple komorbite ve fonsiyonel yetersizlik nedeniyle genellikle diyabet çalışmalarının dışında tutulmaktadır. Yaşlı hastalar, genç hastalara verilen aynı ilaçlarla tedavi edilebilirler fakat reçeteleme ve ilaç tedavisinin takibi özel dikkat gerektirmektedir.
- Yaşlı bireylerde diyabet tedavisi gençlere göre daha zordur. Yaşlılarda şiddetli hipoglisemik ataklar görülmesi bu zorluklardan biridir. Multiple komorbid durumları tedavi etmek için genellikle polifarmasi kullanılır. Amerika'da 65 yaş üstü bireylerin %40'ı 5 ve daha

fazla ilaç, %12'si 10 ve daha fazla ilaç kullanmaktadır. Ancak çoklu ilaç kullanımı yaşlılarda hipoglisemi riskini arttırmaktadır. Bazı ilaçların kullanımı ise ilaç kontrendikasyonları, komorbid durumlar ve doz yönetimi açısından sakıncalıdır. HbA1c'si %7 altında olan yaşlı hastalarda agresif glisemik kontrol önerilmez. Tedavi; sağlık durumu, komorbid durumlar ve beklenen yaşam süresi gibi karakteristik özelliklere göre planlanır. Kötü glisemik kontrol yaşlıda bilinç değişimlerine ve fonksiyonel bozukluğa neden olabilir (Suh 2004; Chen LK 2010).

- Yaşlılarda glisemik kontrol hedeflerinin belirlenmesinde hastanın kronolojik yaşının ötesinde yaşam beklentisi de dikkate alınmalıdır:
  - Yaşam beklentisi >15 yıl ve majör komorbidite yok ise HbA1c ≤%6.5 (≤48 mmol/mol)
  - Yaşam beklentisi 5-15 yıl ve orta komorbidite var ise HbA1c ≤%7.5 (≤58 mmol/mol)
  - Yaşam beklentisi <5 yıl majör komorbidite var ise HbA1c ≤%8.5 (≤69 mmol/mol) olarak hedeflenebilir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2011).
- İnsülin kullanımında hem sağlık profesyonelleri, hem de hastalarda direnç görülebilmektedir. Bu direncin kökeninde, sağlık profesyonelleri açısından şu faktörler etkili olabilir: İnsülinin öneminin yeterince anlaşılamaması, tedavi başlama ve takip için yeterli zaman yokluğu, sağlık personelinin diyabet tedavisi eğitimi alamamaları, diyabet eğitimcilerinin her hastanede olmaması nedeniyle insülin tedavisi için gerekli eğitimin verilememesi ve hekimin hipoglisemiden çekinmesi. İnsülin kullanımındaki dirençte ise hastalarda şu faktörler etkili olabilmektedir: İnsülinin önemini kavrayamama, halk arasındaki yanlış bilgiler, enjeksiyon korkusu, ağrı, lipohipertrofi, hastanın eğitim düzeyinin düşüklüğü, yaşlı hastaların evde tek yaşamaları ve takip güçlüğü ve kilo alma endişesi (Türkiye'de Diyabet Profili).
- Hastanın özellikle ilk bilgiyi alma süreci çok önemlidir, çünkü henüz önyargıları oluşmamıştır. Ancak mevcut sistemde hasta eğitiminde önemli eksiklikler vardır. (Yılmaz 2009)
- Diyabet Hemşireliği Derneği, 2009 yılında bu ihtiyacı görerek özel bir proje ile 9000 hemşireye sertifika eğitimi vermiştir (Diyabet Ajandası 2010)

YAŞLIDA DİYABET YÖNETİMİNİ ETKİLEYEN BİRÇOK FAKTÖR VARDIR

1- Fiziksel faktörler
a. Fiziksel aktivitenin azalması
B. Yiyecek hazırlamanın zorlaşması: artrit, tremor
C. Duyularda değişme: görme, tat, koku
D. Besinlerin tüketiminde zorlaşma: kötü sindirim, ağız kuruluğu
E. Renal ve hepatik fonksiyonlarda değişme
F. Yandaş hastalıklar
G. Çoklu ilaç etkileşimleri
2- Psikososyal faktörler
a. Bilişsel bozukluk
B. Sosyal izolasyon
C. Yoksulluk
D. Psikiyatrik problemler: depresyon, anksiyete
E. Tıbbi bakım ya da toplum kaynaklarına erişim eksikliği (Mooradian 2011)

Diyabet kontrolü yaşam kalitesini etkileyen bir sorundur. Bilişsel fonksiyon, ağrı toleransı ve yara iyileşmesinde değişim olur, inkontinans, dehidratasyon, postural hipotansiyon ve düşme riski artar. Diyabet yönetimi diyabet eğitimi, tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz, farmakolojik ajanlar, diyabet ve komplikasyonlarının takibi olmak üzere çok yönlü bir yaklaşım gerektirir (Mooradian 2012).

Yaşlı diyabetik hastaların takibi 3-6 ayda bir olmak üzere; HbA1c, açlık ve tokluk kan şekeri, lipit düzeyleri, karaciğer ve böbrek fonksiyonları açısından yapılmalıdır. Yaşlılarda glisemik hedefler hastaların yaşam beklentisiyle ilişkili olarak değişebilmekte, yaşam beklentisi 5 yıldan fazla olanlarda HbA1c %7-8 arasında tutulması önerilmektedir (Saraç 2011).

Hipoglisemiye daha duyarlı olmaları ve hipoglisemiye bağlı morbidite ve mortalitenin yüksek olması nedeniyle yaşlı hastalarda hipoglisemi açısından dikkatli olunmalıdır. Kronik komplikasyonların görülme sıklığı diyabet süresinin artması ile birlikte artmaktadır. Yaşlı diyabetik hastalarda da gençlerde olduğu kadar makro ve mikrovasküler komplikasyonlar gelişebilmekte ve sonuçta diyabetik olmayanlara göre diyabetik yaşlılarda morbidite ve mortalite artmaktadır (Saraç 2011). DM tedavisinin amacı normal glikoz düzeylerini sağlayarak mikrovasküler ve nöropatik komplikasyonların gelişimini önlemektir. Diyabetik hastalarda hospitalizasyona neden olan en önemli komplikasyon diyabetik ayaktır. Diyabetik ayak lezyonları; DM'un, en çok korkulan, mortalite ve morbiditeyi arttıran, yaşam kalitesini kötüleştiren, ağır iş gücü kayıplarına ve organ kaybına neden olan komplikasyonla-

rından birisidir. Ayak veya alt ekstremite ülserleri nöropati, vasküler yetersizlik ve yara iyileşmesinde bozulmayı içeren faktörlerin kombinasyonundan kaynaklanan deri yaralarıdır. Yaşlı hastalarda sık rastlanan ayak deformiteleri özellikle basınç bölgelerinde ülser oluşmasına katkıda bulunmaktadır. Yaşlı diyabetik hastalarda ayak sorunlarını saptamak amacıyla yapılan bir araştırma sonucunda; hastaların % 14.6'sında deformite, %34'ünde kallus ve %16.5'inde ülserasyon gibi ayak sorunları olduğu saptanmıştır. Toplumu tehdit eden hastalıklar arasında altıncı, amputasyon nedenleri arasında ise birinci sırada bulunan diyabetin izlem, tedavi ve kontrolünde rol alan, diyabet ekibinin üyesi olan hemşirelerin, özellikle diyabette ayak bakımı, izlemi ve eğitimi konusunda çok etkin olacakları kuşkusuzdur (Fadıloğlu 2006).

Yaşlı kişilerde, DM tedavisi kişisel stratejelerin oluşturulmasını gerektirdiği gibi; yaşla ilgili değişikliklerden, kognitif fonksiyonlardan, yaşam beklentisi ve diyabet dışı hastalıklardan etkilenir. Ayrıca, ileri yaş grubunda diyabet tedavisi sırasında gelişebilecek hipoglisemilerin önlenmesi ve tanınması açısından multidisipliner bir yaklaşımla eğitim verilmelidir. Yeni tanılı yaşlı diyabetik olgularda aynı yaş grubuyla karşılaştırıldığında, inme %62, konjestif kalp yetmezliği %65 ve amputasyon %300 artış gösterir. Hipergliseminin, yaşlıda efektif olarak tedavi edilmesi gerekir. Etkin tedavi yapılmadığında; infeksiyon gelişiminde kolaylık, yara iyileşmesinde gecikme, kognitif fonksiyonlarda bozulma, üriner bozukluklar, böbrek fonksiyonlarında bozulma, görme bozuklukları, günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik, yaşam kalitesinde bozulma ve hastanede yatış süresinde uzama görülür. Tüm bu olumsuzluklara rağmen, 65 yaş ve üzeri kişilerin yaklaşık yarısında hemoglobin HbA1c düzeyi >%7 üzerindedir (Saraç 2011).

İnsulin tedavisi, yeterli sürede, deneyimli multidisipliner yaklaşımla hastaya, yakınlarına ve bakıcılarına günlük yaşamda uygulamaya geçirilmiş olarak verilmelidir. İnsulin, flakonlardan insulin enjektörleri ile çekilerek uygulanabilirse de günümüzde insulin uygulaması için sıklıkla daha pratik ve güvenilir olan insulin kalemleri tercih edilmektedir. Bu kalemlerin bir kısmının içine değiştirilebilir kartuşlar yerleştirilmekte, bir kısmı ise içerdiği insulin bittikten sonra atılmaktadır. İnsulin kalemlerine uygun 6 mm, 8 mm veya 12 mm'lik iğneler bulunmaktadır. Genel olarak 8 mm'lik iğne tercihe dilmekle birlikte, cilt altı yağ dokusu kalın olanlarda 12 mm'lik, ince olanlarda ise 6 mm'lik iğneler tercih edilebilir. İnsulin preparatları 2-8°C'de saklanmalıdırlar, bunun için hastalara insulinleri buzdolabı kapağında saklamaları tavsiye edilmelidir (Saraç 2011).

YAŞLI DİYABETİK HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Diyabet kompleks bir bozukluktur, birçok sistemi etkiler ve tedavisi de kompleks bir programı gerektirir. Önleyici stratejilerin seçimi ve hastanın tedavi programına katılabilme kabiliyeti, hastanın diğer sağlık problemleri ile yaşadığı ortam, ekonomik durum, bakım desteğinin olup olmaması ile sınırlanabilir. Yaşlı diyabetiklerde tedavi planı hazırlanırken "kapsamlı geriatrik değerlendirme" gerekir (Beğer 2009).

YAŞLILARDA VE YAŞAM BEKLENTİSİ KISA OLAN HASTALARDA

65 yaş üzeri kişilerde, 10 yıllık yaşam beklentisi düşük ve eşlik eden hastalıkları olan diyabetlilerde sıkı metabolik kontrol önerilmez. Sonuçları 2007 ve 2008 yıllarında açıklanan ACCORD ve VA-DT çalışmalarında yaşlı ve diyabet süresi 10 yılın üzerinde olan gruplarda sıkı metabolik kontrolün KV olay riskini artırdığı ve risk artışının hipoglisemi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (TEMD).

DİYABETLİ YAŞLILARDA BESLENME

Yaşlı diyabetli bireyler hafif enerji kısıtlaması ve fiziksel aktivite artışından yararlanabilirler. Yaşlılarda enerji gereksinmesi aynı ağırlıktaki daha genç bireylerden az olabilir. Özellikle enerji alımı az olan yaşlı diyabetlilere günlük multivitamin takviyesi uygun olabilir (TEMD).

TEMD YAKLAŞIMI VE ÖNERİLER

1. Tip 2 diyabet riskini azaltmak için diğer risk gruplarında olduğu gibi, IGT saptanan yaşlı bireylerin de sağlıklı yaşam tarzı düzenlemelerine (hafif kilo kaybı sağlanması, düzenli fizik aktivite yapılması) uymaları önerilmelidir [Sınıf A, Düzey 1A kanıt (1)].
2. Tip 2 diyabet dışında başka sağlık sorunları bulunmayan yaşlı bireylerin, genç tip 2 diyabetli bireyler gibi aynı metabolik kontrol (glisemi, KB ve lipid) hedeflerine ulaşmaları sağlanmalıdır (Sınıf D, ortak görüşe dayalı kanıt).
   - Çeşitli ko-morbiditeleri bulunan fonksiyonel kapasitesi sınırlı, yaşam beklentisi düşük yaşlı hastalarda metabolik kontrol hedefleri gevşetilmelidir (Sınıf D, ortak görüşe dayalı kanıt).
3. Huzur evlerinde veya bakım evlerinde kalan yaşlı diyabetli hastaların gereğinde farklı disiplinler tarafından değerlendirilmeleri gereklidir (Sınıf D, ortak görüşe dayalı kanıt).
4. Herhangi bir kontrendikasyon yoksa tip 2 diyabetli yaşlı hastalara hafif aerobik (ve gerekiyorsa rezistans) egzersizleri yapmaları önerilmelidir [Sınıf B, Düzey 2 kanıt].

- Sulfonilureye bağlı hipoglisemi riski yaş ile katlanarak arttığından, tip 2 diyabetli yaşlı hastalara sulfonilure verilmesinden kaçınılmalıdır [Sınıf D, Düzey 4 kanıt].
- Yaşlı diyabetiklere mutlaka sulfonilure verilmesi gerekiyorsa, gençlere verilen dozun yarısı ile başlanmalı ve doz artırımı daha yavaş yapılmalı veya alternatif olarak glinid grubu bir ilaç verilmesi düşünülmelidir (Sınıf D, ortak görüşe dayalı kanıt).
- Hipoglisemi riskinin daha düşük olduğu bilinen gliklazid [Sınıf B, Düzey 2] ve glimepirid [Sınıf C, Düzey 3] yaşlı hastalarda tercih edilebilecek sulfonilürelerdir.
- Düzensiz yemek alışkanlıkları olan yaşlı hastalarda glinid (repaglinid ve nateglinid) kullanılabilir (Sınıf D, ortak görüşe dayalı kanıt).

5. İnsulin doz hatalarını önlemek ve optimal glisemik kontrolü sağlamak için yaşlı hastalarda hazır karışım insulin preparatları ve disposable insulin kalemleri tercih edilmelidir [Sınıf B, Düzey 2 kanıt (10-12)]

AŞILAMAYA İLİŞKİN TEMD ÖNERİLERİ

1. Diyabetli bireylerde influenza ve özellikle pnomoni enfeksiyonlarına bağlı komplikasyon riski ve mortalite yüksektir [Sınıf C, Düzey 3 kanıt (1,2)]
2. Diyabetli bireylerde influenza ile ilişkili komplikasyonların riskini azaltmak için her yıl influenza aşısı yapılmalıdır [Sınıf B, Düzey 2 kanıt (3)].
3. Tüm diyabetlilere her yıl Kasım ayı başında grip aşısı yapılmasının koruyucu rolü daha yüksektir.
4. Diyabetli bireyler de en az diğer kronik hastalıkları olan hastalar kadar pnomokok infeksiyonlarına yatkındırlar. Bu sebeple aşılanmaları gereklidir [Sınıf D, Düzey 4 kanıt (4)].
5. 65 yaşından önce veya 5 yıldan uzun sure önce aşılanmış olan ≥65 yaş diyabetlilere bir kez pnomoni aşısı yapılmalıdır (Sınıf D, ortak görüşe dayalı kanıt).
6. İmmün baskılanma durumları, nefrotik sendrom, kronik böbrek yetersizliği ve transplantasyonlu hastalarda pnömokok aşısı tekrarlanmalıdır (Sınıf D, ortak görüşe dayalı kanıt).
7. Toplumsal tüm koruma ve eradikasyon programlarına diyabetli kişiler de dahil edilmelidir (Sınıf D, ortak görüşe dayalı kanıt).
8. Endemik bölgelere seyahat edecek diyabetlilere, gidilecek bölgeye göre gerekli aşılamanın yapılması önerilir (Sınıf D, ortak görüşe dayalı kanıt)

POLİKLİNİK ORTAMINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

"Poliklinik Ortamında Hemşirenin Rolü *hastanın mahremiyetinin korunması, emosyonel baskı hissinin azaltılması böylece hekim, hemşire vd sağlık personeli ile hasta ve yakınlarının iletişiminin kolaylaştırılması ile sınırlı değildir.*

Başvuran bireyin (hastaneden kaçma arzusu duymadan), özbakımına, tanı ve tedavisine katılımını sağlayacak ortamı oluşturmak; kaynakları/ fırsatları açıklamak, sorularını yanıtlamak ve işbirliği yapmaya isteklendirmek; hastalar için hazırlanmış rehber vb basılı belgeleri ve ölçüm cihazlarını vermek, öğrenme- kullanma isteğini teşvik etmek, hastalığa uyum sağlamak üzere sürekli eğitime hazırlamaktır. Hastaya ve ailesine "uzun vadeli/süreli ortak bakım planını" açıklayarak, bu uzun soluklu problem çözme sürecine katılımlarını sağlamaktır."

Ayaktan tanı- tedavi ortamında hastaya ayırılabilen sürenin kısalığı dikkate alınırsa basit ölçüm ve kayıtlar için hemşirenin zamanının harcanmaması önemlidir. Hemşirenin varlık nedeni, muayeneye davet ve sadece tansiyon – beden ağırlığı- boy ölçümü yapmak değil; doğrudan/ dolaysız hemşirelik bakımı vermek üzere hastayı tanımak, bilgilenme- iletişim kanalını açarak eğitim danışmanlık yoluyla hastayı güçlendirmek, yetkilendirmek amaçlıdır. (Diyabet ajandası 2011)

DİYABET EĞİTİM HEMŞİRESİ GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Resmi Gazete: 19.04.2011 gün ve Sayı: 27910

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

a. Diyabetli bireye uygulanan bakım ve tedavi ile ilgili uygulamalar ile eğitim ve gözlemlere ilişkin verileri Hasta Tanılama Formuna kaydeder, ilgili hemşireye bilgi verir.
b. Hekim veya hemşire tarafından konsültasyon istenen poliklinik, servis/ünite hastalarını geliştirdiği Diyabet İzlem ve Eğitim Formunu kullanarak değerlendirir, eğitim ve bakım ihtiyacını belirler. Bakımın planlanmasını ve uygulanmasını organize eder.
c. Diyabetli bireylerin bakımında görev alır, bireyi yaşam kalitesini yükseltmede her aşamada destekler ve gereksinim duyulan konularda danışmanlık yapar. Diyabetli bireyin kendi kendini yönetimine destek olur.
d. Kabul edilmiş protokoller ve reçete edilen seçenekler çerçevesinde tedaviyi yönlendirir.
e. Diyabetli bireylerin takibini düzenli olarak yapar, komplikasyonların önlenmesine yönelik hasta ve ailesine gerekli eğitimleri verir.
f. Diyabetli bireye diyabet kimlik kartı vererek yanında

taşımasının önemini anlatır.

g. Diyabetli bireye/yakınlarına insülin uygulama becerisi kazandırır.
h. Diyabet ile ilgili her düzeyde eğitim programı geliştirilmesinde rol alır.
i. Diyabetli bireyi diyabetik ayak yönünden değerlendirir, bakımı ve bakımın önemi konusunda bilgilendirir.
j. Diyabetli bireyin gereksinimleri doğrultusunda grup veya bireysel eğitimleri planlar, uygular, değerlendirir ve kaydeder.
k. Eğitim hemşiresi ile işbirliği yaparak hemşirelerin diyabet konusunda eğitim gereksinimlerini belirler, önerilerde bulunur. Hizmet içi eğitim etkinliklerine katılır. Eğitim programının içeriğini hazırlar ve eğitim materyali geliştirir.

BAKIM PLANINA YÖNELİK VERİ TOPLAMA:

TIBBİ ÖYKÜ

- Semptomlar, laboratuar test sonuçları ve diyabet tanısı ile ilgili özel muayene sonuçları
- Önceki HbA1c kayıtları
- Yeme alışkanlıkları, beslenme düzeni ve kilosu
- Daha önceki tedavi programları ile ilgili ayrıntılar: Beslenme, diyabet eğitimi, davranışları ve sağlık inançları
- Halen uygulanan diyabet tedavisi, ilaçları, beslenme planı ve hastanın kendisinin izlediği glukoz ölçüm sonuçları
- Egzersiz durumu
- Ketoasidoz ve hipoglisemi gibi akut komplikasyonların nedeni, sıklığı ve şiddeti
- Önceden veya şu anda mevcut olan enfeksiyonları, özellikle cilt, ayak, diş ve genitoüriner enfeksiyonlar
- Diyabetle ilişkili kronik göz, böbrek, sinir, genitoüriner (seksüel durumu da içeren), mesane ve gastrointestinal (Tip 1 diyabette karın içi hastalıklarına ait belirtiler), kalp, periferal vasküler, ayak ve serebrovasküler komplikasyonların belirtileri ve tedavisi
- Kan glikoz seviyesini etkileyebilen diğer tedaviler
- Sigara içme, hipertansiyon, obezite, dislipidemi ve ailesel öykü gibi ateroskleroz için risk faktörleri
- Varsa diğer durumların öyküsü ve tedavisi (endokrin ve yeme bozuklukları gibi)
- Duygulanım (mood) bozukluklarının değerlendirilmesi
- Diyabet ve diğer endokrin hastalıkların ailesel öyküsü
- Diyabet yönetimini etkileyebilen yaşam tarzı, kültürel, psikososyal, eğitimsel ve ekonomik faktörler
- Tütün alkol ve/veya madde kullanımı
- Aile planlaması, üreme ve seksüel öykü

FİZİKSEL MUAYENE

- Boy ve kilo ölçümleri
- Kan basıncı ölçümleri, gerekiyorsa ortostatik ölçümler (yaşa uygun normal değerlerle karşılaştırma)
- Fundoskopik muayene
- Oral muayene
- Tiroid palpasyonu
- Kardiyak muayene
- Abdominal muayene (örneğin hepatomegali için)
- Dinleyerek ve palpe edilerek nabızların muayenesi
- El ve el parmaklarının muayenesi
- Ayak muayenesi
- Cilt muayenesi (renk değişişlikleri, insülin enjeksiyon bölgeleri)
- Nörolojik muayene
- Sekonder diyabete neden olabilen hastalıkların bulguları (örneğin hemakromatozis, pankreatik hastalık)

LABORATUAR DEĞERLENDİRME

- HbA1c
- Total kolesterol, HDL kolesterol, Trigliserid ve LDL kolesterolü içeren açlık lipid profili
- En az 5 yıldır tanısı olan Tip 1 diyabet hastalarına, tüm tip 2 diyabet hastalarına, mikroalbüminüri testi
- Erişkinlerde serum kreatinin
- Tüm Tip 1 diyabet hastalarında ve klinik bulgu varsa Tip 2 de Tiroid Sitümülan Hormon (TSH)
- Klinik olarak endikasyon varsa erişkinlerde elektrokardiyogram (EKG)
- Keton, protein, sediment için idrar analizi

YÖNLENDİRME

- Gerekiyorsa göz muayenesi
- Gerekiyorsa tıbbi beslenme tedavisi
- Diyabet eğitimi veren sağlık profesyoneli
- Gerekiyorsa psikolog
- Gerekiyorsa ayak bakımı konusunda bir uzman
- Gerekli görülen diğer uzmanlar ve hizmetler (Diyabet Ajandası 2011)

ORAL ANTİDİYABETİK İLAÇ (OAD) ALAN HASTALARIN EĞİTİMİ

Hastalar beslenme programları ile ilgili ne biliyorlar?
Neden OAD almaları gerekiyor? İnsülinden ne farkı var?
Rezidüel insülinin önemi nedir?
İlaç hakkında hastanın bilmesi gerekenler: İlacın adı? Ne zaman ve kaç tablet alınmalı? Oral ilaçlar ve beslenme ilişkisi? Gibi sorular yanıtlanmalıdır.
Sülfonilüre alan hastalara hipoglisemi olasılığından söz edil-

meli, belirti ve bulguları açıklanmalıdır.
Alkol hem kilo almaya hem de hipoglisemi riskine katkıda bulunur. Çok arzu edilirse beyaz ya da kırmızı şarap veya alkolsüz bira gibi şeker ve kalori değerleri daha az olan içkiler özellikle tok karnına önerilebilir.
Bazı tıbbi testlere hazırlık olarak hastanın aç kalması gerekiyorsa, OAD'lerin kesilmesi
gerekebilir.
Bazı hipertansiyon ilaçları (beta blokerler, diüretikler), kortikosteroidler metabolik kontrolü bozabilir.
Hasta kendisine önerilen ilaç dışında başka bir OAD ilaç almaması gerektiği konusunda
uyarılmalıdır.
Yaşlılarda iştah azalabilir, bellek zayıflayabilir, öğün atlamamaları ve tabletlerini unutmamaları konusunda çaba sarf edilmelidir.
Hasta tedavinin uzun süreceği konusunda uyarılmalı ve kendisine ilacın alınmaması
söylenene kadar ilacını kesmemelidir. (diyabet ajandası 2011)

HASTA EĞİTİMİNDE UNUTULMAMASI GEREKEN NOKTALAR

Hastanın anlayabileceği basit sözcükleri kullanın (örneğin; hiperglisemi yerine yüksek kan şekeri gibi).
Hipogliseminin belirtileri gibi anksiyeteye yol açabilecek bilgileri verirken korkularını yatıştırın.
Bir defada çok fazla açıklamada bulunmayın. Mesajları iki ya da üç temel bilgiyle sınırlandırın. Her görüşmede temel mesajları tekrarlayın (diyabet ajandası 2011)

DİYABET EĞİTİMCİLERİNİN EKİP İÇERİSİNDE TARTIŞMALARI GEREKEN KONULAR

- Hastanın ilacını alması nasıl sağlanır?
- Her hasta beslenmesi ile ilgili yeterli bilgiye sahip mi?
- Öğün planlamasının uygulandığından emin olmak için neleri değerlendirmek gerekir?
- Kendi kendine izleme hastanın ilacın etkisini değerlendirmesini sağlayacak mı?
- Hasta için tercih edilen tedavi nedir? Hangi alternatifler önerilebilir? (diyabet ajandası 2011)

Kaynaklar

1. Tahmiscioğlu, G., Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Takip Edilen Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Glisemik Kontrollerinin, Lipid Profillerinin ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana, 2008.
2. Saraç, F., Yaşlıda Olgularla İnsülin Kullanımı, Akılcı İlaç ve Tıbbi Beslenme Ürünleri Kullanımı Sempozyumu Konuşma Metinleri, Ankara, 2011.
3. Suh DC., Kim CM., Choi IS., Plauschinat CA., Comorbid Conditions and Glycemic Control in Elderly Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, 1988 to 1994 to 1999 to 2004, JAGS 56:484–492, 2008.
4. Chen LK. Chen YM. Lin MH. Peng LN. Hwang SJ., Care of elderly patients with diabetes mellitus: a focus on frailty, Ageing Research Reviews. 9 Suppl 1:S18-22, 2010
5. Diyabet Ulusal Vizyon ve Hedeflerin Belirlenmesi ile Stratejilerin Geliştirilmesi Paydaş Projesi: Türkiye'de Diyabet Profili; Diyabet Bakım İzlem Tedavisinde Mevcut Durum Değerlendirmesi Çalıştay Raporu 2009, www.diyabet2020.org
6. Mooradian AD., Chehade JM., Diabetes Mellitus in Older Adults, American Journal of Therapeutics Am J Ther. 2012 Mar;19(2):145-59.
7. Fadıloğlu Ç., Yeşilbalkan ÖU., Yıldırım YK., Özer S., Tokem Y., Yaşlı Diyabetik Hastalarda Ayak Sorunlarının Saptanması, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006, 22 (2) : 161-170,
8. Beğer T., Erdinçler DS., Çurgunlu A., Yaşlıda Diabetes Mellitus, http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-01/html/2009-1-1-020-030.htm
9. TEMD: Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2011
10. Guidelines for Improving the Care of the Older Person with Diabetes Mellitus, California Healthcare Foundation/American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes, JAGS 51:S265–S280, 2003
11. Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, Pollock BG, Potter JF, Semla TP. Geriatrics At Your Fingertips, American Geriatrics Society, 2010
12. Demirtaş A, Akbayrak N. Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastaların, Hastalıklarına Uyum Ve Kabullenme Kriterlerinin Belirlenmesi AJCI, Cilt 3, Sayı 1 (2009)
13. TURDEP-II : İlhan Satman ve TURDEP-II Çalışma grubu. 32. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi, TURDEP Paneli, 13-17 Ekim 2010, Antalya. www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf
14. Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler, Diyabette Ulusal Vizyon ve hedeflerin belirlenmesi ile stratejilerin geliştirilmesi paydaş projesi: Türkiye'de Diyabet Profili Diyabet bakım, izlem, ve tedavisinde mevcut durum değerlendirmesi çalıştay raporu, Kasım 2009

15. Diyabet eğitimcileri için Diyabet Ajandası, Diyabet Hemşireliği Derneği, EOS Ajans, İstanbul. 2009, 2010, 2011, 2012.
16. Dedeli Ö, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde İlaç Kullanımı, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi. Published online in ScopeMed (www.scopemed.org).Spatula DD. 2011; 1(1): 23-32.
17. Çınar FI, Akbayrak N, Çınar M, Karadurmuş N, Şahin M, Doğru T, Sönmez A, Tosun N, Kılıç S. The Effectiveness of Nurse-led Telephone Follow-up in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Turk Jem 2010; 14: 1-5
18. Wıld, S., Roglic, G., Gren, A., Sicree, R., King, H.: Global Prevalence of Diabetes, Estimates for the Year 2000 and Projections for 2030, Diabetes Care 27(5): 1047–1053, 2004
19. Bayraktar M.: Diyabetes Mellitus ve Anjiyotensin Reseptör Blokerleri, Türk Kardiyoloji Seminerleri, 4(39): 320-329, 2004
20. Kitiş, Y.: Diyabetlilerin Evde İzlenmesinin Diyabet Kontrolüne Etkisi, Hemşirelik Forumu, 7(3): 1-10, Mayıs-Haziran 2004
21. Kim, H, S., Oh, J, A.: Adherence to Diabetes Control Recommendations: Impact of Nurse Telephone Calls, Journal of Advanced Nursing, 44(3): 256–261, 2003
22. Kitiş, Y., Karakum, F.: Diyabetlilerin Oral Hipoglisemik İlaç/İnsülin Kullanma Ve Beslenmeye İlişkin Riskli Davranışları, Hemşirelik Forumu, 6(6): 48-55, 2003
23. Yılmaz C., Fadıloğlu Ç., Çetinkalp Ş.: Diabet Hemşiresi El Kitabı, Asya Tıp Yayıncılık, Mart 2002, İzmir
24. Özcan, Ş.: Diabet Bakımında Yenilikler, 6.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Kongre Program Ve Bildiri Özetleri Kitabı, 14-19 Eylül 2004, Antalya, 216-217
25. American Diabetes Association.: Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care, 27(1): 15-35, 2004

Palyatif Bakım ve Yaşlı

Alper Döventaş
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp F. İç H. AD. Geriatri BD. Uzm. Dr.

"Yaşlılık dönemi", tüm canlılarda olduğu gibi gerek genetik yapıları, gerekse çevresel faktörlerle kısmen belirlenmiş olan yaşam sürelerine rağmen, eşlik eden komorbid hastalıkların çokluğu nedeniyle kaçınılmaz olarak ölümle sonuçlanacak bir süreçtir. Bu sürecin belki de en yıpratıcı kısmı, ciddi bir hastalığın tedavisinin mümkün olmadığının ya da sonuç vermediğinin anlaşıldığı dönemdir. İşte bu dönemde hasta ve ailelerinin desteklenmesi amacıyla verilen hizmetlerin tümü "Palyatif Bakım" başlığı altında toplanabilir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) palyatif bakımı "Yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı gelişen, başta ağrı olmak üzere hasta ve ailesinin karşılaşabileceği diğer tüm problemlerin erken tanınması, tam olarak değerlendirilmesi, fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi, ya da en azından hafifletilmesine yönelik uygulamalarla; asıl hedef olarak yaşam kalitesini geliştirmeyi amaçlayan bir yaklaşım" olarak tanımlamıştır (1).

Palyatif bakım, ölümü doğal bir süreç olarak kabul eder. Bu süreci uzatmaya ya da kısaltmaya yönelik bir amacı yoktur. Bu amaçla takip edilen bir hastaya gereksiz incelemeler yapılması palyatif bakım felsefesine aykırıdır. Böylelikle hasta ve yakınlarının yıpranmalarına engel olunduğu gibi, maliyet artışlarına da yol açılmaz. Ancak hastanın konforu ve yaşam kalitesinin artırılması konusunda ödün vermeyen insancıl bir bakış açısını yansıtmaktadır (2).

Hastada hastalığın gidişatı ya da tedavilere bağlı oluşan yan etkilerin, ağrı, bulantı, iştahsızlık, hareket kısıtlılığı, bası yaraları gibi bulguların azaltılması, onurlu bir son dönem geçirilmesinin sağlanması için gereken tüm hizmetlerin bir arada ele alınmasını gerektiren palyatif bakım, gelişmiş ülkelerde multidisipliner bir uzmanlık dalı olarak yerini almıştır. Bu kapsamda İç Hastalıkları, Algoloji, Medikal Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Psikiyatri, Nöroloji, Cerrahi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon gibi pek çok branşla işbirliği gerekmektedir. Palyatif bakım bir ekip işidir ve bu ekipte palyatif bakım uzman hekim ve hemşireleri yanı sıra, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, farklı bakım işlevleri ve özel rolleri olan bakım verici aile üyeleri ve gönüllüler de yer almalıdır (3, 4).

Palyatif Bakım hizmeti hastanelerde, aile sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık alanlarında, ev ortamında ya da hospis adı verilen son dönem bakım evlerinde sunulabilmektedir. Ancak ülkemizde son dönem bakım evi ve evde bakım hizmetlerinin henüz tam olarak yapılandırılmamış olması nedeniyle bu hizmet hastanelerde ve birinci basamakta verilmeye çalışılmaktadır (5).

Palyatif bakım hizmetinin temel bileşenleri başta ağrı ve diğer semptomların kontrol altına alınması, hasta ve ailesinin psikososyal gereksinimlerinin karşılanması, hasta ve ailesinin manevi gereksinimlerinin karşılanması, hastanın son dönem bakımı ve hastanın fiziksel semptomlarının giderilmesidir (6).

Palyatif bakımın gerçekleştirildiği yer anlamına gelen "Hospis" kavramı, 1967 yılında hemşire Cicely Saunders'ın Londra'da kurduğu ve ölüme yaklaşan hastaların bakımının verildiği bir kurum ile başlamıştır. Günümüzde gelişmiş ülkelerde terminal hastaların rutin evde bakımı, evde günlük vizitler, evde hemşirelik hizmetleri ve gerektiğinde hospitalizasyon hizmetlerini de sağlayan bir nitelik kazanmıştır. Türkiye'de hastalara uzun süreli palyatif bakım verebilecek, ilk kuruluş Türk Onkoloji Vakfı'nın, İstanbul Yeşilköy'de "Kanser Bakımevi" adı ile 1993-1997 yıllarında hizmete soktuğu kuruluştur. Bu tür kuruluşlarda yatan hastalara sosyal güvenlik sistemlerimizce ödeme yapılmaması, bağış kaynaklarının yetersizliği, hasta ve yakınlarınca hospis kavramının yeterince anlaşılmaması kapanmasına yol açmıştır. Bu alandaki ikinci girişimi ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında sonuçlandırılmış ve Hacettepe Onkoloji Hastanesine çok yakın, tarihi bir Ankara evi yeniden 12 odalı bir Hospis'e dönüştürülmüştür. Ancak yasal düzenlemelerin olmayışı nedeni ile bu evin "Hacettepe Umut Evi" adı ile kanserli hastaların tedavi ve sonrasında birkaç hafta gibi kısa süreli konaklamalarını ve minimal ölçüde hemşire hizmetlerinden yararlanmalarını

sağlayacak şekilde hizmet vermesi öngörülmüştür. Onkoloji merkezlerinde palyatif bakım halen sürdürülmekle birlikte bu spesifik konuya odaklı son merkez "Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi, Destek Bakım Ünitesi"nde, kanser hastalarına hizmet vermek üzere bu yılın başında hizmete girmiştir (2, 5-8).

Yaşlıda kanser dışında palyatif bakım gerektiren başlıca durumlar yaşlılıkta sık karşılan kronik hastalıkların tedaviye yanıtsız hale geldikleri ve multiorgan yetersizliğine neden oldukları durumlarla ilişkilidir. Örneğin dekompanse kalp yetersizliği, son dönem böbrek hasarlanması, ileri evre demans, Parkinson, inmeler gibi nörodejeneratif süreçler, terminal kronik obstruktif akciğer hastalığı gibi pek çok kronik komorbidite bunlar arasında sayılabilir (6, 9).

Aslında kanserle ilişkili son dönem semptomlarının çoğu, diğer kanser dışı kronik hastalıkların son dönem semptomları ile benzerdir. Genellikle birden fazla semptom birlikte ortaya çıkabilmektedir. Örneğin ağrı ile birlikte ağrıyla ilişkili uykusuzluk, yorgunluk, azalmış aktivite düzeyi ve depresyon gibi semptomlar eş zamanlı bulunabilir. Bu nedenle klinikte kullanılabilecek "Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği (ESAS)", "Memorial Belirti Değerlendirme Ölçeği (MSAS)"gibi çeşitli ölçekler geliştirilmiştir (Tablo 1) (10).

vermesi analjezik dozunun yükseltilmesinden ziyade nöroleptik tedavi ile kontrol altına alınabilirken; somatizasyon bozukluğu nedeniyle tüm belirtileri 10 üzerinden 10, yani dayanılmaz olarak ifade eden bir hastaya ise psikolojik destek sunulması daha fazla yarar sağlayabilir (10-12).
Son dönem semptomlarının kontrolü:

Ağrı: Özellikle kanser hastalarının en yaygın semptomu olan ağrı, yeni tanı almış kanser vakalarında %30-50, terminal dönemde ise %35-96 gibi yüksek oranlarda diğer semptomlara eşlik eder. Terminal hastaların %40'ının yaşamlarının son 3 gününde orta ya da ciddi düzeyde ağrı duydukları gösterilmiştir. Bu durum yalnızca ağrının olağan kabul edildiği kanserler için değil, kalp yetersizliği ya da obstruktif akciğer hastalığı olan hastalar için de geçerlidir. Son dönem hastalarında ağrı tedavisinin etkin yapılamama nedenleri arasında ağrıyı değerlendirmede hekimin yetersiz kalması, yan etki ve ilaç bağımlılığı endişesi, opioid reçetelenmesi ile ilgili yasal düzenlemeler sayılabilir (13).

Ağrının objektif bir değerlendirme ölçeği olmadığı gibi, ağrının tipik fizyolojik bulguları olan terleme, taşikardi, hipertansiyon ve ağlama gibi kronik ağrılı hastalarda saptanabilecek belirtiler her zaman olmayabilir. Bu nedenle ağrı değerlendirmesinin ayrıntılı yapılması zorunludur. Tetikleyici veya gi-

Kategori	Ölçekler	Etkinlik
Fiziksel&Psikolojik semptomlar	ESAS- Semptom Değerlendirme Ölçeği MSAS-Global Distress Index	Belirtilerin, tanı ve tedavisini kolaylaştırır.
Ağrı	Edmonton Kanser Ağrısı Sınıflama Ölçeği	Ağrıya sebep olabilecek faktörlerin dokümantasyonu
Deliryum	Memorial Deliryum Değerlendirme Ölçeği Folstein-MMS Geriatrik Depresyon Skalası	Semptomların ayırt edilmesi
Alkolizm	CAGE anketi (Cut down, Annoyed, Guilt and Eye opener)	Bağımlılık belirtilerinin anlaşılması
Performans	Karnofsky performans skoru Palyatif performans skalası	Fonksiyon, yaşam kalitesi, tedavi kararı ve prognoza etkileri

Tablo 1. Karşılaştırmalı Palyatif Bakım Yaklaşımı

Bir başka önemli husus da, belirtilerin ifade edilmesinin, uyaranların derecesi ile her zaman doğru orantılı olamayacağı gerçeğidir. Hastaların bilişsel, duygusal, sosyo-kültürel durumları ile eşlik eden hastalık ve tedavileri gibi pek çok faktör, algı ve ifade farklılıklarına yol açabilir. Bu nedenle semptomların fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal 4 bileşenine de bütüncül yaklaşılması gerektiği kabul edilmektedir. Örneğin deliryumdaki bir hastanın ağrı nedeniyle şiddetli reaksiyon

derici faktörler, ağrının tipi (örneğin yanıcı, nöropatik ağrıyı işaret edebilir); yayılımı (radiküler ağrı), şiddeti (0-10 arası puan verdirilen görsel analog skala-VAS), süresi (devamlı, aralıklı) belirlenmeli, mutlaka ağrı nedenlerinin ayırıcı tanısı yapılmalıdır (Tablo 2) (1, 14).

Yaşlıda yaygın ağrının nedenleri	
Kas-iskelet sistemi hastalıkları	Osteoartrit Dejeneratif disk hastalığı Osteoporotik kırıklar Gut
Nöropatik ağrı	Diyabetik nöropati Postherpetik nevralji Trigeminal nevralji Santral inme sonrası ağrısı Omurganın dejeneratif hastalığına sekonder radiküler ağrı
Romatolojik hastalıklar	Romatoid artrit Polimiyaljia romatika Fibromiyalji
Kanserle ilişkili durumlar	Tümör kitlesi Komşu yapılara bası nedeniyle viseral ağrı Kemik metastaz ve patolojik fraktürleri Organ kapsül gerilmesi (Örneğin karaciğer) Plöretik ağrı (Tümör nodülleri) Diyafragmatik ağrı (Solunum, karaciğer ya da diyafram metastazları) Sinir basısı, radiküler ağrı Artmış kafaiçi basınç Rektal tenesmus Cilt metastazları
Direk kanserle ilişkili olmayan durumlar	Enfeksiyonlar: Plöretik göğüs ağrısı, ağız yaraları, oral herpes simpleks, zona, sistit, Mesane spazmı Enfekte bası yaraları Halsizlikle ilişkili ağrılar Paralitik ekstremitenin artmış tonusu Radyoterapi sonrası ciltte yanıcı ağrı Angina Reflü özefajit ya da dispepsi, Peptik ülsere bağlı karın ağrısı, ya da perforasyona bağlı omuz ağrısı

Tablo 2. Yaşlıda yaygın ağrının eşlik ettiği durumlar

Ağrı tedavi yöntemleri:

1. Altta yatan primer hastalığın, enfeksiyonun (antibiyotik, drenaj) ya da kanserin tedavisi (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormonal, ya da intravenöz bifosfanat, intravenöz kalsitonin gibi kemik metastazlarına yönelik tedaviler).
2. Analjezik ajanlar: Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar ve opioidler.
3. Adjuvan analjezikler: Antidepresan, antikonvülzan, steroid, anksiyolitik, nöroleptikler, vb.
4. Sinir blokları, nörolitik, nöroşirürjik yöntemler (nöroliz, rizotomi, kordotomi).
5. Nörostimülasyon (spinal kord ve derin beyin stimülasyonu).
6. Fizik tedavi: Sıcak, soğuk, masaj ve TENS ile cilt stimülasyonu, egzersiz, pozisyon değişikliği.
7. Psikoterapi.
8. Ağrıyı artıran nedenlerin fiziksel, ruhsal ve psikososyal tedavileri olarak sıralanabilir (15).

Ağrı palyasyonu konusunda WHO'nun 3 basamaklı tedavi algoritması uygulanabilir. Bu tedavi protokolünde hafif veya orta derecede ağrıda ilk basamak asetaminofen ve nonsteroid antiinflamatuar ilaçlarla başlanır. İkinci basamakta kodein, dihidrokodein ya da tramadol gibi zayıf opioid ajanlar eklenir. Parsiyel agonist (buprenorfin) ve karma agonist-antagonistler (nalbufin); tavan etkisi, yoksunluk sendromu oluşturması ve psikomimetik olumsuz etkileri nedeni ile kronik ağrı tedavisinde tercih edilmezler. Kodein; zayıf etki gücü ile ikinci basamakta kullanılan bir opioiddir. Tramadol ise zayıf opioid reseptör agonisti özelliğinin yanı sıra noradrenalin ve serotonin geri alım inhibitör etkisi ile son yıllarda güçlü opioidlerden önce ikinci basamakta tercih edilen opioid analjeziktir. 6-8 saat ara ile 50-100 mg dozda oral, IM veya IV kullanılabilir. Üçüncü basamakta ise güçlü opioidler (morfin, diamorfin, oksikodon, hidromorfin, fentanyl, alfentanil, methadone) eklenir. Her basamakta adjuvan analjezikler kullanılabilir (1, 10, 15).

Hastanede yatan hastaların sıklıkla ciddi ağrısı olduğundan morfine ihtiyaç duyarlar. Akut, ciddi ağrıda, yutma güçlüğü, şiddetli kusma ve gastrointestinal obstrüksiyonu olanlarda sublingual, rektal ve parenteral yol kullanılır. İntravenöz yolla opioidler kullanılarak hızlı rahatlama sağlanır (morfin sülfat 2-4 mg gibi). Etkin analjezi elde edilene kadar, doz % 30 - % 50 artışlarla titre edilebilir. Subkutan kateter ile 5 ml/s infüzyon yapılabilir. Uzun süreli IV infüzyon için subkutan venöz port en uygun yoldur. Morfin 0.05-0.2 mg/kg dozda yükleme sonrasında 0.025-0.075 mg/kg/s hızda infüzyon ile uygulanır. Ayrıca son yıllarda IV veya subkutan hasta kontrollü analjezi yöntemi özellikle ağrı şiddeti gün içinde değişkenlik gösteren hastalarda tercih edilmektedir. Ağrı palyasyonunda algoloji birimi ile

düzenli konsültasyonlarla yürütülen süreç en ideal yaklaşımdır. Tedavi başarılı olunca daha ucuz, evde verilebilen ve iğneye bağlı enfeksiyon riski olmayan oral formlarına geçilmelidir. Morfin 5 mg tabletleri 4 satte bir vererek günlük total ihtiyaç belirlenir. Etkin ve stabil analjezi dozu tespit edildikten sonra, uzun etkili oral ve transdermal opioidler kullanılmalıdır. Transdermal fentanil dozunun günlük morfin dozunun 3,6'sı kadar olduğunun hatırlanması pratik bir yöntemdir (Örneğin 100 mg fentanil patch, 360 mg/gün morfin eşdeğeridir). Uzun etkili morfin tabletlerin etki süresi 8-12 saattir ve karaciğerde oluşan aktif metaboliti toksisiteden sorumludur (15-18).

Terminal dönemde, ya da düzenli kullanımda aralıklı ağrılar için "Rescue" (ara) dozlar uygulanır. Ara dozlar 24 saatlik dozun %5-15'i kadar olmalıdır. Hızlı etki başlangıcı ve kısa etki süresi olan preparatlar tercih edilir. Oral 1-2 saat, parenteral 15-30 dk.'da bir uygulanabilir. Hızlı cevap gerektiğinde tekrar intravenöz yoldan enjeksiyonlar ya da oromukozal çabuk etkili fentanil sitrat gibi ajanlar tercih edilebilir. Ekivalan dozlara göre opioidler arasında değişim yapılabilir.

Opioidlerin yan etkileri sedasyon, solunum depresyonu, konstipasyondur. Kolay ve etkin tedavi edilebilir. Analjezi iyi ise sedasyona yol açan doz %25 azaltılır. Persistan sedasyon metilfenidat veya dekstroamfetamin ile giderilebilir (sabah-öğle 2,5 mg, 5-15 mg/gün uygun olup günde 40-60 mg.'ı aşmamalıdır). İleri kognitif bozuklukta haloperidol doz azaltılmasına yardımcı olabilir. Akciğer hastalığı olanlar düşük doz opioidi tolere edebilir. Kullanımından kaçınılmamalıdır, ancak dikkatle monitorize etmek gerekir. Bulantı, kaşıntı ve idrar retansiyonu gibi yan etkiler gözlenirse opioid dozu azaltılır veya preparat değiştirilir. Diğer yan etkiler; ağız kuruluğu, idrar retansiyonu, kaşıntı, disfori ve uyku bozukluğudur (14-18).

Unutulmamalıdır ki doğru ilaç, doğru yolla, doğru dozda ve doğru zaman aralıkları ile kullanıldığında etkin analjezi sağlanabilir. Analjezikler ajanın farmakodinamiğine göre düzenli aralıklar ile ağrı başlamadan alınmalıdır. En sık yapılan yanlış uygulama "lüzum halinde" uygulamadır. Yaşlıda ağrı tedavisinde karşılaşılan güçlükler ise Tablo 3'de özetlenmeye çalışılmıştır (14).

Yaşlıda ağrı tedavisini zorlaştıran nedenler
Yaşlı ve bakım verenlerce ağrının yaşlanmanın doğal bir parçası olarak değerlendirilmesi
Yaşlıların ağrıyı ifade etme problemleri: - Ağrı yerine başka tanımlamaların kullanılması - Kognitif problemleri olanların ağrıyı ifade edememesi - Dini-manevi inanışlarla ağrı yakınmasından şikâyet edilmemesi (kadercilik), sabırlı ve iyi hasta olma isteği -Ağrı skalalarının kullanılmasında kognitif, görsel veya duysal problemlere bağlı zorluk
Yaşlı, yakınları ve sağlık çalışanlarının ağrı tedavi yöntemleri ve bağımlılık konularında korku ve çekingenliği
Sağlık çalışanlarının yaşlılarda ağrıyı önemsememesi, sorgulamaması ve yaşlılıkta normal kabul etmeleri
Sağlık çalışanların ağrı tedavisi ilkeleri konusunda donanımsız olmaları
Yaşlılarda ilaç etki, yan etki ve biyoyararlanımı etkileyen çok sayıda komorbiditenin, farmakodinamik ve farmakokinetik değişikliğin varlığı, ilaç yan etkilerine karşı duyarlılığın artması
Opioid kullanımını kısıtlayan yasal düzenlemeler
Yaşlının sağlık kuruluşuna ulaşmasında zorluk
Ekonomik problemler (maliyet-geri ödeme politikaları)

Tablo 3. Yaşlıda ağrı tedavisini zorlaştıran ana faktörler

Dispne: Kişinin kendi nefesini hissetmesi olarak tanımlanabilecek dispne, son dönem hastalarında %50-70, ileri evre kanser hastalarında %19-51 gibi sık rastlanan sorunlardan birisidir. Akciğer kanseri, mezotelyoma gibi intratorasik malignitesi olan olgularda daha yaygındır. Fonksiyon, yaşam kalitesi ve yaşam süresinde azalma ile mood değişimlerine neden olur. Öncelik hastanın şikâyetini hafifletmeye verilmeli, daha sonra dispne nedeni ortaya konularak önlenebilir nedenlere yönelik tedavi çabalarına başlanmalıdır. Dispne nedenleri arasında pnömoni, pulmoner emboli, plevral efüzyon, pnömotoraks, bronkospazm, trakea obstrüksiyonu, nöromüsküler hastalıklar, karın ve göğüs duvarının hareket kısıtlılığı, iskemik kalp hastalığı, akut ve kronik kalp yetersizliği, vena kava superior sendromu, anemi gibi değişik patolojiler yer alır.

Son dönem hastasında önce opioidler ve oksijen ile nefes darlığı hissi azaltılmalıdır. Kanser hastalarındaki tecrübeler ağrıya göre dispne tedavisinde çok daha düşük opioid dozlarının yeterli olduğunu göstermektedir. Genel olarak ağrı için

kullanılan dozun yarısı ile başlanır. Anksiyete ve korku gibi semptomları belirgin olan hastalarda düşük doz oral diazepam veya subkutan midazolam gibi benzodiazepinler yararlı olabilse de, yaşlıda sedasyon ve deliryumu tetikleyebileceğinden son anlara saklanmalıdır. Haloperidol, olanzapin ve ketiapin gibi nöroleptik, antipsikotik ve antidepresanların bu amaçla kullanımı konusunda yeterli kanıtlar henüz yoktur. Kortikosteroidler, özellikle kalıcı dispne, vena kava superior sendromu ve Lenfanjitik karsinomatözü olan hastalar için yararlı olabilir. Bronkodilatörler kronik obstruktif akciğer hastalığı veya bronkospazmı olan hastalarda düşünülmelidir. Diüretikler, beta blokerler ve anjiyotensin-dönüştürücü enzim inhibitörleri yaşlı kalp yetersizliği olgularında oldukça dikkatli ve mümkün olan en düşük dozlarında başlanarak titre edilmelidir. Hipoksemik olmayan hastalar oksijen replasmanı yerine temiz hava veya fanlar vasıtasıyla sağlanan hava akımlarından yarar görebilirler. Aneminin dispneyi artırabilmesi nedeniyle yaşlılarda hemoglobin değeri 10 g/L üzerinde tutulmaya çalışılmalıdır. Plevral efüzyonun her seferinde 1,5 L.'den fazla boşaltılmasının, reekspansiyona bağlı pulmoner ödem riski taşıdığı hatırlanmalıdır. Yaşam beklentisi 3 aydan fazla olanlarda plöredezi ve plevral katater takılması düşünülebilir (1, 7, 9, 10).

Öksürük: Yaşamın son günlerinde öksürük ve atılamayan sekresyonlar oldukça rahatsızlık verici olabilir. Subkutan uygulanan glikopironyum, hiyosin butilbromür, hiyosin hidrobromid ve atropin gibi antikolinerjikler sekresyonları azaltabilir. Ancak kan-beyin bariyerini geçmediği için sedasyon, konfüzyon ve deliryum riski daha az olan ilk iki preparat tercih edilmelidir (1, 19).

Bulantı-Kusma: Ölmekte olan kanser hastalarının %70'i bu kötü hissi yaşarlar. Kemorespetör trigger zonun uyarılması (opioidler, digoksin, antibiyotikler, nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar, hiperkalsemi, üremi, kemoterapötik ajanlar vasıtasıyla), vagal afferent sinir uyarısı (mukozal irritasyon, gastrointestinal traktusta gerilim veya genişlemeye yol açan konstipasyon, gastroparezi, mide çıkış yolu tıkanması, barsak tıkanması gibi patolojiler, iç organ büyümeleri sonucunda), yüksek kortikal yapılardaki tümör, kanama, enfeksiyonlar nedeniyle gelişen kafa içi basınç artışı ve vestibüler aparatın hareketlerine bağlı olarak bulantı ve kusma ortaya çıkar (1, 10, 13, 20).

Yaşlı hastada benign pozisyonel vertigo, diyabetik gastroparezi ve kabızlık gibi komorbidit nedenler her zaman akla getirilmelidir. Tedavide santral dopamine antagonistlerinden düşük doz haloperidol (1,5-5 mg intravenöz), prokinetiklerden metoklopramid (10-80 mg oral, subkutan) ya da domperidon (oral, rektal) etkilidir. Ayrıca dopamin, serotonin ve histaminin etkisine karşı kemoreseptör trigger zon reseptörlerinin bloke edilmesi için proklorperazin gibi fenotiazin türevleri de bukkal ya da rektal uygulanabilir. Ancak yaşlıda konfüzyona neden olabileceği için kullanımı sınırlıdır (9, 21).

Neden opioid ise başka bir opioide değiştirilebilir. Vagal afferent sinir uyarısında tedavide sebebe yönelinilir. Difenhidramin, meklizin, hidroksizin yararlı olabilir. Çünkü bu mekanizma ile bulantı oluşmasında da histamin reseptörleri rol oynar. Benzodiazepinlerin antiemetik etkisi zayıftır, aspirasyon riskini artırırlar; ancak kemoterapiye bağlı bulantıyı önleyebilirler. Karaciğer metastazlarında düşük doz dekzametazon (2-4 mg/gün) ile sonuç alınabilir. Kemoterapinin uyardığı, gastrointestinal kanama ya da postoperatif bulantı-kusmada en etkili olanlar serotonin antagonisti olan ondansetron ve granisetrondur.

Diyafram ya da beyin sapı tutulumu nedeniyle ortaya çıkan hıçkırıklarda santral etkili nifedipin, baklofen ve düşük doz klorpromazin etkilidir. Prokinetik ajanlarla önlenebilen gastrik staz mutlaka dışlanmalıdır. Pratik olarak az miktarda sevilen yemeklerden yenilmesi, soğuk, karbonatlı içecekler, ağır kokuları kısıtlamak gibi önlemler de her hastada denenmelidir (1, 8, 9).

Kabızlık: Yaşlıda oldukça yaygın bir problemdir. Palyatif bakımdaki yaşlıların neredeyse %80'inde bu şikâyet mevcuttur. Parkinson, hipotiroidi, diyabetes mellitus, depresyon, divertiküler hastalık, anal fissür ve hemoroid gibi kronik durumlar konstipasyon gelişimine neden olur. İlaçlar, hareketsizlik, sıvı alımı ve lifli gıda azlığı da bu durumu arttırır. Opioidler kabızlığa neden olan başlıca ilaç grubudur. Gereksiz kullanılan laksatifler de barsak peristaltizminin ilerleyen dönemde yavaşlamasına katkıda bulunur. Demir, kalsiyum içeren preparatlar, kalsiyum kanal blokerleri, antihistaminikler, trisiklik antidepresanlar ve diüretikler de kabızlığa neden olabilir.

Laksatif seçimi dışkı yapısına ve hasta için kabul edilebilirliğine bağlıdır. Doz bireysel yanıta göre ayarlanır. Laksatifler öncelikle dışkıyı yumuşatanlar ya da peristaltizmi uyaranlar olarak iki gruba ayrılır.

Dışkıyı yumuşatanlar:

- Surfaktan laksatifler (Poloxamer ve dokusat): Deterjan etkileriyle su penetrasyonu ve dolayısıyla dışkı yumuşamasını sağlarlar. Peristaltizmi uyaran dantron ile birlikte kullanılabilirler

- Osmotik laksatifler (Laktuloz, magnezyum sülfat, magnezyum hidroksit): Laktuloz yaygın kullanılır (60-90 mL/gün). Şişkinlik, gaz ve bazı hastalar için glukoz içeriğinin yüksek olması kullanımını kısıtlar. Magnezyum sülfat, hem ozmotik, hem stimülan, hem de yüksek dozlarda güçlü müshil etkisi olan bir laksatiftir. Magnezyum hidroksit yağ yumuşatıcı sıvı parafin ile birlikte kullanılan, laktuloz için ucuz bir alternatiftir. Macrogols (polietilen glikol) bol miktarda sıvı ile birlikte uygulandığında, vücuttan barsak içine sıvı çekmeden boşaltıcı etkisini gösterdiğinden özellikle diyabetik yaşlılarda tercih sebebidir. Ancak bol sıvıyla yapılması gereken bu uygulama, terminal, sıvı alımı zor olan hastalara uygun değildir.

Peristaltizmi uyaranlar (Senna ve dandron): Bu ilaçlar myenterik pleksusu uyararak peristaltizmi arttırır; kolondan net su ve elektrolit emilimini azaltırlar. Abdominal kolik ve aşırı boşalıma neden olabilirler. Yumuşatıcı müshil ile birlikte verilmesi kolik tarzı ağrıyı azaltabilir. Dantron idrarda kırmızımsı renk değişikliği ve inkontinansı olanlarda peri anal döküntüye neden olabilir. Bu nedenle ancak ileri evre kanser hastalarında tercih edilmelidir.

Rektal laksatifler (Bisakodil, gliserin, fosfat lavman, arachis lavman): Supposituar ya da lavmanlar bazen gereklidir; ancak asla yetersiz bir oral laksatif ajana eklenmememlidir. Fekalom ya da uzun dönem spinal kord basısı gibi durumlarda kullanılması daha doğrudur. Rektal laksatif seçimi için ise şu sorular yanıtlanmalıdır:

- Rektum veya stoma dolu mu?
- Dışkı, sert veya yumuşak mı?
- Rektum veya stoma boş, ama kolon dolu mu?
- Hem rektum hem de kolon dolu mu?
- Hastanın rektal hissi var mı?
- Hastanın normal anal tonusu var mı?
- Kord lezyonu varsa ne düzeyde?

Rektal laksatif seçimi:
Bisakodil fitil: Kolon peristaltizminin olmadığı durumlarda rektum veya stomadan dışkı tahliyesinde.
Gliserin fitil: Rektum veya stomadaki dışkıyı yumuşatır.
Fosfat lavman: Kalın barsağın son kısımlarındaki dışkının tahliyesinde
Arachis yağı lavman: Sert fekalomların yumuşatılmasında kullanılabilir (1, 8-12).

Barsak tıkanıklığı: Palyatif bakıma kabul edilmiş olan hastalarda ancak sınırlı vakalarda cerrahi olarak müdahale edilmesini gerektiren intestinal obstrüksiyon, özellikle over ve kolon kanserlerinde karşımıza çıkar. Bazen ağrı ve distansiyon geç bulgu iken, bulantı, kusma hatta fekaloid kusma daha erken görülebilir. Kabızlık klasik bulgudur; nadiren bakteriyel aşırı çoğalma nedeniyle diare de görülebilir. Etiyolojide en önemli faktör su ve tuz kaybının toksik etkisidir.

Abdominal kolik tedavisinde hyoscine butylbromide (60-200 mg/gün) gibi bir antispazmotik ile opioid kullanılarak ağrının önlenmesine çalışılır. Cyclizine (150 mg/gün) gibi bir antiemetik ile kusma önlenebilir. Octreotide (300-1200 mcg/gün) gastrik sekresyonların azaltılması amacıyla kullanılabilir. Kortikosteroidler kısa süreli denenebilir; ancak yüksek doz dekzametazon'un birkaç gün kullanılması ile ilgili veriler yetersizdir. Oral alım obstrüksiyon geçene dek kısıtlanmalı, intravenöz ya da hipodermolizis şeklinde verilecek sıvının 1 L/gün'den az olmasına çalışılmalıdır. Sonrasında sulu rejimlerle yavaş yavaş yeniden oral alıma başlanmalıdır (1, 8, 22).

Diare: Dehidratasyon ve elektrolit kaybı sonucu halsizlik, yorgunluk ve moral kaybına yol açan, gerek hasta, gerekse bakım verenler açısından sıkıntılı bir durumdur. Sebebin aydınlatılması esastır. Radyoterapi, antibiyotikler, malabsorpsiyon, stres ve gastrointestinal kanama ayırt edilmelidir. Rektal muayene fekalomlara bağlı konstipasyon ve taşma inkontinansı şeklinde görülen diarelerin saptanması için en pratik yoldur. Dışkı örneğinde lökosit, eritrositiler dışkıda gizli kan incelemesi, dışkı kültürü ve Toksin A bakılması özellikle Clostridium difficile enfeksiyonunun dışlanması açısından önemlidir. Geriye döndürülebilir nedenler dışlandıktan sonra rehidrasyon, dışkı şekillendirici ajanlar, loperamide (maksimum 16 mg/gün) ya da kodein (60-100 mg/4 saatte bir) içeren ürünlerle tedavi edilmelidir. Fistülü olanlar, yüksek debili stoması olanlar ya da sekretuvar diare saptananlarda octreotide ve pankreas enzim preparatları faydalı olabilir (1, 7-9).

Beslenme: Disfaji ve yutma güçlüğü, son dönem demans, Parkinson, diğer nörodejeneratif hastalıklar, inme ve malignitelerde sıklıkla karşımıza çıkan malnütrisyon ve aspirasyon pnömonisine predispozan faktörlerdendir.

Yememek ve içmemek ölüm sürecinin bir parçası olarak karşımıza çıkar. Aileler yakınları beslenemediğinde strese girer; yanlış bir ümitle yapay beslenme ve sıvı desteği isterler. Bu şekilde hastalarının ömrünün uzayacağını, fonksiyonel durumunun düzeleceğini, yaşam kalitesinin ve konforun artacağını düşünürler. Akut durumlarda bu girişimler iyileşmede önemli rol oynarlar; ama son dönem demans, inme ve kanser hastalarında bu geçerli değildir. Ölümü yakın olan hastada

sıvı desteğini azaltmak pulmoner ve periferal ödemi, asiti azaltabilir. Yapay beslenme ve hidrasyonun neye yarayıp, hangi amaçlarla kullanılamayacağının aileye anlatılması ve anlamalarının sağlaması gereklidir. Beslenme destek tedavisi hastaya göre belirlenmelidir. Barsak bütünlüğü olan ve yutma ile ilgili problemi olmayanlarda daima enteral beslenme önerilmelidir. Ancak 4 haftadan kısa sürecek destek tedavisinde feeding tüple besleme öngörülebilir. Daha uzun yaşam beklentisi olanlarda perkütan endoskopik gastrostomi ya da jejeonostomi gündeme getirilebilir. Parenteral beslenme barsak bütünlüğünün bozulduğu durumlarda düşünülmekle birlikte 2 haftayı geçen durumlarda enfeksiyon ve villus atrofisine zemin hazırladığı unutulmamalıdır. Ayrıca subkutan sıvı replasmanı yaşamın son günlerinde bazı hastalara uygulanabilecek konforlu ve basit bir palyatif yaklaşımdır. Bu arada oral hijyenin bozulması, mukozit, gingivit ve stomatitler, malnütrisyona zemin hazırlayan ve hastanın fonksiyonel yaşamın oldukça bozan durumlardır. Gerekli önlemlerin alınması, diş ve protezlerin sık kontrolü, yaraların ve enfeksiyonların hızlı tedavisi ile yaşam kalitesinin yükseltilmesi mümkündür (1, 7-9, 22).

Depresyon: Son dönem hastasında depresyon oldukça sık görülür. Önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Genellikle anlaşılmaz, tanınmaz, tedavi edilmez. Sonuçta yaşam kalitesini bozar, ağrıyı artırır, kişide daha çabuk ölme isteği yaratır. Üzüntü, keder, ıstırap ölüme yaklaşan hastalarda beklenen duygulardır; ancak bunları depresyondan ayırmak gerekir. Tipik vejetatif semptomlar olarak anhedoni, uyku bozukluğu, iştah azalması doğrudan hastalığa bağlı olabilir ve depresyon işareti olmayabilir. Bu dönemde tanı için daha yararlı olan depresyon semptomları "suçluluk, günahkârlık hissi, ümitsizlik, çaresizlik hissi, değersizlik, işe yaramazlık hissi"dir. Bu dönemde de depresyonun etkin tedavisi mümkündür. Ancak ölmekte olan hiçbir hastanın ilaçların etkili olması için haftalarca bekleyecek zamanı yoktur. Klinik çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte psikoterapi, hasta ve ailesinin eğitimi ve ilaç tedavileri önerilir. Metilfenidat ve dekstroamfetamin tedavileri ile 1-2 gün içinde ruhsal durumda düzelme sağlanabilir (1, 9, 21).

Resüsitasyon Yapmama Kararı: Resüsitasyon girişiminin başarısız olacağı düşünülüyorsa "Resüsitasyon teşebbüsünde bulunmama" (do-not-attempt-resuscitation= DNAR) kararı uygun olabilir. Hastanede yatarken kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanması gereken hastaların hastaneden sağ olarak çıkma oranları %14'tür. Multiorgan yetersizliği veya ileri kanser vakalarında bu oran %1'den az iken, miyokard infarktüsü hastalarında ise %25-40 arasındadır. DNAR kararı verilmesi hem insani hem hukuki sorumluluk getirir. Fiziksel ve sosyal çevrenin profesyonelce değerlendirilmesi zorunludur. Bazı ülkelerde DNAR kararı yasal kabul edilmektedir; ancak bugün için Türkiye Cumhuriyeti Kanunlarına göre ötenazi suçtur, hiçbir hekim DNAR kararı veremez ve böyle bir kararı uygulayamaz, aksi taktirde ölüme sebebiyet vermekle suçlanabilir. Yazılı bir DNAR belgesi de böyle bir suçun somut kanıtını oluşturacaktır. Burada yanlış anlaşılmaya çok uygun olan bir noktayı vurgulamak gerekir. DNAR kararı hiçbir tedavi yapılmayacak anlamına gelmemektedir. Bu karar ancak hastanın bir gürültü-kargaşa içinde, yabancıların arasında, ailesinin yanında olmadığı bir durumda ölmemesini sağlayabilir. Yoksa resüsitasyon gereken kalp-solunum durması saptanana kadar gerekli tüm tıbbi müdahale yapılmalıdır (9, 23).

Sonuç olarak palyatif bakım programları, kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerin sayısındaki artış, sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına yönelik ilgilerinin artmasıyla birlikte son yıllarda hızla gelişmiştir. Günümüzde palyatif bakım ilkelerinin benimsenmesi, acının hafifletilmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve hedeflenen hastalarda olabildiğince erken dönemlerde uygulanması gerektiği kabul edilmiştir.

Avrupa ve Amerika'da İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı'na bağlı bir bilim dalı olan palyatif bakım hizmetlerinin sağlık sistemi ile bütünleştirilmesi gerekmektedir. Bu anlamda yapılacak yasal düzenlemeler, ulusal palyatif bakım programlarının hazırlanması, narkotik ağrı kesicilerin çeşitlendirilmesi ve kullanımındaki güçlüklerin aşılması ile toplum, hekim ve tüm sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi sağlanabilecektir.

Kaynaklar:

9. Finlay I, Capel M. CHAPTER 115: Palliative Medicine for the Elderly Patient. In: Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K (eds). Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerentology. 7th edition. Saunders Elsevier, Philadelphia. USA. 2010. P:973-982.
10. Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. İzmir, 2010. Üniversiteliler ofset. Kanser hastaları ve aileler için palyatif bakım. S: 1-126.
11. Buhr GT, Paniagua MA. Update on teaching in the long-term care setting. Clin Geriatr Med. 2011 May;27(2):199-211. Epub 2011 Mar 25.
12. Cheng HY. Evidence-based medicine (EBM): What long-term care providers need to know. Clin Geriatr Med. 2011 May;27(2):193-8. Epub 2011 Mar 25.
13. Just JM, Schulz C, Bongartz M, Schnell MW. Palliative care for the elderly - developing a curriculum for

nursing and medical students. BMC Geriatrics 2010, 10:66-73.

14. DeJonge KE, Taler G, Boling PA. Independence at home: community-based care for older adults with severe chronic illness. Clin Geriatr Med. 2009 Feb;25(1):155-69.
15. Bahar A. Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2 (6): 147-157.
16. Editors: Fallon M, Hanks G. ABC of Palliative Care. 2nd ed. 2006. P:1-97.
17. Karan MA. End-of-life Care For the Elderly Patient. Turk J Phys Med Rehab 2006;52(Özel Ek A):23-25.
18. Bruera E, Hui D. Oncology- Palliative and Supportive Care. CCO inPractice - Freeresource. Released: 17.11.2010. Last reviewed: 20.10.2011. http://www.clinicaloptions.com/inPractice/Oncology/Supportive_Care/ch51_SuppCare-Palliative.aspx
19. Astrow AB, Popp B. The Palliative Care Information Act in Real Life. N Engl J Med 2011. 364;20: 1885-1887.
20. NCCN Guidelines Version 2.2011. Palliative Care. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf
21. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J Pain Symptom Manage. 2006 Jan;31(1):58-69.
22. Öztürk GB, Karan MA. Yaşlıda Ağrıya Yaklaşım. Akad Geriatri 2009; 1: 31-44.
23. Eti Z. Kanserde ağrı tedavisi. Üroonkoloji Bülteni. 2005; Haziran (6):16-20. http://www.uroonkoloji.org/ebulten/pdf/pdf_URO_37.pdf
24. Bruckenthal P. Assessment of pain in the elderly adults. Clin Geriatr Med. 2008 May;24(2):213-36
25. Bruckenthal P, Reid MC, Reisner L. Special issues in the management of chronic pain in older adults. Pain Med. 2009 Jul;10 Suppl 2:S67-78.
26. Strassels SA, McNicol E, Suleman R. Pharmacotherapy of pain in older adults. Clin Geriatr Med. 2008 May;24(2):275-98.
27. Ko FC. The clinical care of frail, older adults. Clin Geriatr Med. 2011 Feb;27(1):89-100.
28. Fassett RG, Robertson IK, Mace R, Youl L, Challenor S, Bull R. Palliative care in end-stage kidney disease. Nephrology; 16(2011): 4–12.
29. Gazelle G. Understanding Hospice — An Underutilized Option for Life's Final Chapter. N Engl J Med 2007. 357;4: 321-324.
30. Ferrell B, Connor SR, Cordes A, et all; National Consensus Project for Quality Palliative Care Task Force Members. The national agenda for quality palliative care: the National Consensus Project and the National Quality Forum. J Pain Symptom Manage. 2007 Jun;33(6):737-44.
31. Fine RL. The imperative for hospital-based palliative care: patient, institutional, and societal benefits. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2004 Jul;17(3):259-64.

5. Akademik Geriatri 2012

Akademik Geriatri Kongresi Sözel Bildiriler

S 01
YAŞLIDA BELİRGİN YÜKSEK ERİTROSİT SEDİMENYASYON HIZI KLİNİK OLARAK NE KADAR ANLAMLIDIR?

Cengiz Karaarslan, Ö., Eşmen Ergülü, S., Varlı, M., Yalçın, A., Aras, S., Atmış, V., Atlı, T.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim dalı, Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), akut faz yanıtını değerlendirmek için sıklıkla kullanılan basit, ucuz bir test olmakla birlikte özgüllük ve duyarlılığı düşüktür. Yaşlı hastalarda semptomların spesifik olmaması ve hastalıkların atipik seyri nedeni ile ESH' nın tanıdaki yeri sınırlanmaktadır. Biz bu çalışmada geriatrik yaş grubunda belirgin yüksek ESH' nın klinik önemini ve ESH yüksekliğinin olası nedenlerini belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bir yıl boyunca geriatri polikliniğine başvuran ardışık 1682 hastadan, ESH ≥80 mm/saat ölçülen 110 hastada ESH yüksekliğinin olası nedenleri araştırıldı.

Bulgular: Hastaların 53' ünde (%48.2) enfeksiyon hastalığı, 19' unda (%17.3) malignite, 17' sinde (%15.5) kollojen doku hastalığı saptandı. Hastaların 10' unda (%9.1) bu patolojilerin bazıları birlikte bulunurken 31 hastada (%28.2) ESH yüksekliğini açıklayacak patoloji saptanamadı. Enfeksiyon hastalıkları içinde ilk sırada pnömoni (n=20/53, 37.7%), ikinci sırada idrar yolu enfeksiyonu (n=17/53, 32.1%); malignitelerin başında multipl myelom (n=7/19, 36.8%), kollojen doku hastalıklarının başında ise romatoid artrit (n=10/17, 58.8%) gelmekteydi. Lökosit sayısı ve C- reaktif protein düzeyi (CRP), belirgin yüksek ESH' nın sebebi olarak enfeksiyon hastalığını tanımlamada etkin bulundu.

Sonuç: Belirgin yüksek ESH tespit edilen geriatrik hastalarda pahalı ve invaziv ileri tetkikler istenmeden önce enfeksiyon hastalıkları, özellikle pnömoni ve idrar yolu enfeksiyonu dışlanmalıdır.

S 02
ALZHEİMER HASTALIĞINDA VE DEPRESYONDA PPARΓ2-PRO12ALA POLİMORFİZMİNİN ROLÜ

Şule Beyhan Özdaş[1], Demet Akın[2], Mustafa Cankurtaran[3], Aslı Çurgunlu[4]

1 İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı
2 İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı
3 Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi
4 İstanbul Bilim Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Peroksizom proliferatör-aktive reseptör gama (PPAR-γ) adipoz dokunun gelişiminde ve fonksiyonunda önemli bir transkripsiyon faktörüdür. PPARγ genindeki Pro-12Ala polimorfizmi insülin sensitivitesinde artış ve diabet riskinde azalma ile ilişkili bulunmuştur. Yine PPARγ2-Pro12Ala polimorfizmine sahip yaşlılarda depresyon riskinin azaldığı saptanmıştır. Ayrıca son yıllarda yapılan sınırlı sayıdaki çalışmada PPARγ2-Pro12Ala polimorfizminin Azheimer hastalığı riskinde artışa neden olduğu ve Alzheimer hastalığının başlangıç yaşını değiştirebileceği öne sürülmüştür. Bu çalışmada Türk popülasyonunda PPARγ2-Pro12Ala polimorfizminin Alzheimer hastalığı ve demansla ilişkisini saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Geriatri polkliniği'nde ≥65 yaş; Alzheimer hastalığı nedeniyle takip edilen 31 hasta, depresyonu olan 32 hasta ve 30 sağlıklı yaşlı çalışmaya alındı. Depresyon tanısında Geriatrik Depresyon Ölçeği kullanıldı. Bu testin Türkiye için yapılmış standardizasyon çalışmasına göre ≥14 depresyon olarak değerlendirildi. Depresyonlu hasta grubunu oluştururken MMSE skoru<24 olanlar çalışma dışı bırakıldı. Sağlıklı yaşlı grubunu MMSE test (Standardize Mini-Mental test) skoru normal olan, Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne göre depresyonu bulunmayan yaşlı hastalar çalışmaya alındı. Her 3 grupta diabet, obezite, koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, kanser gibi hastalıkları olanlar çalışma dışı bırakıldı.

PPARγ2 gen bölgelerinde bulunan polimorfik dizilerin gösterilmesinde polimerize zincir reaksiyonu ve restriksiyon parça uzunluk polimorfizmi (PCR-RFLP) yöntemi kullanıldı. Alzheimer hasta grubu, depresyon grubu ve kontrol grubundaki kişilerde ekzon 2'deki Pro12Ala ve Ala12Ala genotiplerinin sıklıkları karşılaştırıldı.

Bulgular: Alzheimer hastalığı olanların (n=31, 17 kadın, 13 erkek) yaş ortalaması 82.27±7.14 idi. MMSE skorlarının ortalaması: 17.06±6.38 idi. Alzheimer hasta grubunda 12 hasta

(%38.7) erken evre, 15 hasta(%48.8) orta evre ve 4 hasta (%12.9) ileri evredeydi. Depresyon tanılı hastaların (n=32, 20 kadın, 12 erkek) yaş ortalaması 80.79±8.86 idi. Depresyonlu grupta Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin ortalaması 18.45±3.91olarak saptandı. Sağlıklı yaşlı grubunda MMSE skorlarının ortalaması: 27.25±2.11, Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin ortalaması ise 5.68±4.79'du. PCR-RFLP analizi sonrası yapılan istatistiksel değerlendirme neticesinde Alzheimer hasta grubunda, depresyon grubunda ve kontrol grubundaki kişilerde ekzon 2'deki Pro12Ala ve Ala12Ala genotiplerinin sıklıkları açısından fark saptanamadı.

Sonuç: Literatürde bir çalışmada Pro12A1a genotipine sahip kişilerde demans sıklığında artış saptanmıştır. A1a12A1a genotipinin de depresyona karşı koruyucu olduğu öne sürülmüştür. Bizim çalışmada Alzheimer'lı, depresyonlu hasta grubu ve kontrol grubu arasında bu genotiplerin sıklığı arasında fark bulamadık. Mevcut hasta sayımızın az olması sebebiyle ekzon 2'deki Pro12Ala polimorfizminin hasta ve kontrol grupları arasındaki dağılımında fark bulunamamış olabilir. Bu sebeple Alzheimer, depresyon ve kontrol grubuna ait hasta sayılarını arttırarak çalışmanın büyütülmesi planlanmaktadır.

S 03
TOPLUMDA YAŞAYAN YAŞLILARDA NÜTRİSYONEL DURUMUN MORTALİTE İLE İLİŞKİSİ

Gülistan Bahat, Yücel Aydın, Fatih Tufan, Sibel Akın, Bülent Saka, Nilgün Erten, Mehmet Akif Karan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Geriatri BD

Amaç: Malnütrisyonu tespit etmek ve yaşlanmadan kaynaklanan değişikliklerden ayırt etmek kolay olmayabilir. Ancak eğer tespit edilmezse sağlıkta hızlı bozulmaya ve ölüme yol açabilir. Çalışmamızda toplum içinde yaşayan bir grup Türk yaşlıda nütrisyonel durumun mortalite ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Geriatri Bilim Dalı polikliniğine kayıtlı hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Dosyalarından cinsiyetleri, başvuru yaşları, medeni durumları, nütrisyonel durumları, hastalıkları, ilaçları, toplam hastalık sayıları, toplam kullanılan ilaç sayıları, mini mental test (MMSE) ve geriatrik depresyon ölçeği (GDÖ) puanları, sigara-alkol kullanım özellikleri kaydedildi. Poliklinik dosyalarındaki kayıtlı telefon numaraları aranarak hastanın takipte eks olup olmadığı sorgulandı. İstatistiksel analizler için SPSS for Windows 15.0 programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya mininütrisyonel değerlendirme testi uzun versiyonu tamamlanmış ve telefon ile ulaşılabilen 608 yaşlı alındı. Hastaların 432'sinde (% 71,1) normal nütrisyon, 148'inde (% 24.3) malnütrisyon riski, 28'inde (% 4.6) malnütrisyon saptanmıştı. Ortalama takip süresi 40,4±25,3 ay (0.6–119.8 ay) idi. Takip süresi içinde 108 (%17.8) olgunun vefat ettiği öğrenildi. Takipte eksitus oranı malnütrisyonlu (MN) olan grupta %35,7 (10/28), malnütrisyon riski (MNR) altında olan grupta %22,9 (34/148) ve normal nütrisyon (NN) olan grupta %14.8 (64/432) idi (MN vs NN için p= 0.022; MNR vs NN için p=0.003; MNR vs MN için p=0.177). Mortaliteye kadar geçen ortalama süre MN grubunda 16±16 ay, MNR grubunda 21,3±14,5 ay ve NN grubunda 30,4±20,3 aydı (MN vs NN için p= 0.004; MNR vs NN için p=0.055; MNR vs MN için p=0.153). Mortalite üzerine olası etkili faktörler univariat analiz ile değerlendiğirildiğinde yaş, cinsiyet, nütrisyonel durum, toplam hastalık sayısı, MMSE puanı, diyabet, Parkinson hastalığı varlığı, kullanılan ilaçlardan ise ARB, sülfonilüre, L-dopa, rivastigmin, memantin, antipskikotik kullanımı mortalite üzerine etkili saptandı. Multivariat analizlerde ise mortalite üzerine etkili faktörlerden sadece nütrisyon durumu ve sülfonilüre kullanımı anlamlılığını korudu. Antipsikotik kullanımı ise sınırda anlamlı saptandı (p=0.05).

Sonuç: Çalışmamızda toplumda yaşayan bir grup yaşlıda %4.6 MN ve %24.3 MNR bulunmuştur. Kötü nütrsiyonel durum toplamda daha fazla mortalite ve daha erken sürede mortalite ile ilişkili bulunmuştur. Kötü nütrsiyonel durumun mortaliteyi artırıcı etkisi ileri yaş, cinsiyet, toplam hastalık sayısı, kognitif bozulma, diyabet, Parkinson hastalığı gibi çok sayıda hastalıktan, polifarmasi ve özgün ilaç kullanımından bağımsız ve daha önemli saptanmıştır. Çalışmamız toplumda yaşayan yaşlılarda mortalitenin azaltılması için nütrisyon durumunun değerlendirilmesi ve hem risk altında hem de malnütrisyonu olan olguların tedavisinin önemini göstermektedir.

S 04
ÜLKEMİZDE 7 COĞRAFİ BÖLGEDE YAŞAYAN EMEKLİ KİŞİLERDE DENGE, DÜŞME RİSKİ VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Uz. Fzt. Ayşe Abit, Öğr. Gör. Fzt. Aydın Meriç, Prof. Dr. Nuray Kırdı

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Amaç: Çalışmamızın amacı farklı coğrafi bölgelerde yaşayan emekli kişilerde fiziksel aktivite düzeyindeki değişikliğin denge, düşme riski ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Türkiye Emekliler Derneği'nin 7 coğrafi bölgedeki şubelerine üye emekliler dahil edilmiştir. Çalışmaya, Akdeniz bölgesinden Antalya şubesi, Ege bölgesinden İzmir şubesi, Doğu Anadolu bölgesinden Elazığ şubesi, Karadeniz bölgesinden Samsun şubesi, Güneydoğu Anadolu bölgesinden Gaziantep şubesi, Marmara bölgesinden İstanbul şubesi ve İç Anadolu bölgesinden Eskişehir şubesi üyesi 55 yaş ve üzeri toplam 155 sağlıklı, gönüllü ve emekli birey dahil edilmiştir. Çalışmada uygulanacak testlerin sonuçlarının objektif yorumlanabilmesi açısından algılama sorununun elimine edilmesi için bireylere Mini Mental Durum Testi (MMDT) uygulanmıştır. Mini Mental Durum Test puanı 23' ün altındaki bireyler, psiko-aktif ilaç kullanan, ortopedik ve nörolojik bir rahatsızlığa sahip olan, ciddi respiratuar, santral, periferal, vasküler ve kontrolsüz metabolik problemleri bulunan ciddi görme, işitme ve konuşma bozuklukları olan olgular çalışmaya alınmamıştır. Çalışmamızda denge Berg Denge Ölçeği ile düşme riski ise sözel olarak değerlendirilmiştir. Bireylere son bir yıl içerisinde düşüp düşmediği sorulmuştur. Bireylerde eğer son bir yılda düşme hikayesi varsa kaç kere düştüğü ve en son ne zaman düştüğü kaydedilmiştir. Bireylerin 15,2m yürüme süreleri ölçülmüş ve bunun Berg Denge Ölçeği ile korelasyonuna bakılmıştır. Yaşam kalitesi Kısa Form-36 (SF-36) ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya alınan bireylerin yaş grupları ve iller arasındaki sonuçların değerlendirilmesinde, gruplar arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Değerlendirme parametrelerinin birbirleriyle olan ilişkilerinin değerlendirilmesinde Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Sonuç : Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamaları Tablo 1.' de, Berg Denge Testinin sonuçları Tablo 2.' de verilmiştir. Bu sonuçlar, yaşın ilerlemesiyle denge performansının kötüleştiğini ve denge problemlerinin meydana geldiğini göstermektedir. Düşme riski inceleme sonuçlarına göre, 55-64 yaş arası bireylerin16'sında (%17,8), 65-74 yaş arası bireylerin 9'unda (%17), 75-84 yaş arası bireylerin ise 1'inde (%8,3) düşme riskinin olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi değerlendirmek için kullanılan SF-36 fiziksel ve mental test sonuçlarına baktığımızda, iller ve yaş grupları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Berg Denge Ölçeği ve 15,2m yürüme testi sonuçları arasındaki korelasyon Tablo 3.' de gösterilmiştir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte 15,2 m yürüme test süreleri uzamakta ve Berg Denge Ölçeği Puanı ise düşmektedir.

Tablo 1. Bireylerin illere ve yaş gruplarına göre dağılımları

	YAŞ GRUBU / İLLER	55-64 X±SS	65-74 X±SS	75-84 X±SS
	ANTALYA	58,58±2,45	67,50±2,59	-
	İZMİR	59,37±2,84	68,50±1,29	-
	ELAZIĞ	60,47±2,55	70,20±3,96	75,00±0,00
	SAMSUN	60,37±1,76	67,16±2,63	77,75±4,19
	GAZİANTEP	60,00±3,18	69,50±2,54	78,50±1,73
	İSTANBUL	61,55±2,65	68,40±3,47	75,00±0,00
	ESKİŞEHİR	59,60±2,87	67,00±2,26	76,00±0,00
ANOVA	***t/p***	9,10/0,16	7,07/0,31	6,84/0,14

*p<0,05

Tablo 2. İllere ve yaş gruplarına göre bireylerin Berg Denge Testi sonuçlarının dağılımı

	YAŞ GRUBU	55-64	65-74	75-84	ANOVA	
	İLLER	X±SS	X±SS	X±SS	t	p
BERG DENGE ÖLÇEĞİ(puan)	ANTALYA	47,82±2,32	48,70±3,16	-	1	0,31
	İZMİR	44,81±4,30	44,75±2,62	-	0,14	0,7
	ELAZIĞ	45,64±3,70	47,40±1,51	45,50±3,53	1,42	0,49
	SAMSUN	41,87±3,48	41,33±3,26	40,00±3,26	0,88	0,64
	GAZİANTEP	48,38±1,89	42,40±8,94	40,50±5,44	11,96	0,003*
	İSTANBUL	49,66±1,58	48,00±2,21	43,00±0,00	7,11	0,02*
	ESKİŞEHİR	47,60±1,71	45,37±3,96	21,00±0,00	3,54	0,01*
ANOVA	***t/p***	30,54/0,00*	20,98/0,002*	4,40/0,35		

*p<0,05

Tablo 3. Parametrelerin Korelasyon Dağılımları

		Yaş	Berg Denge Ölçeği	15,2m Yürüme
Yaş	p			
	r	1,00		
Berg Denge Ölçeği	p	0,01		
	r	-0,204*	1,00	
15,2m Yürüme	p	0,08	0,00	
	r	0,14	-0,549**	1,00

*p<0,05**p<0,01

S 05
ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VERENLERDE BAKICI YÜKÜNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Esat Çınar, Mehmet Emin Kuyumcu, Yusuf Yeşil, Meltem Halil, Mustafa Cankurtaran, Servet Arıoğul

Hacettepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi

Giriş- Amaç: Alzheimer hastalığı demansın en sık nedenidir ve prevelansı yaşla birlikte artar. Hastalık ilerledikçe dil, bellek ve işlevsellik bozulur. Giyinme, yemek yeme, yıkanma gibi günlük yaşam aktivitelerini yürütmede ilerleyici bozukluk olur, bir başkasının yardımına ihtiyaç duyulur ve hastalık ilerledikçe tam bağımlılık meydana gelir. Bakım veren; hastaya fiziksel, sosyal, ekonomik, duygusal yönden destek sağlamaktan sorumlu olan kişidir ve bakım verenler genelde hastanın yakınlarıdır (1).

Bakım verme yükü bakım verme deneyimi ile ilişkili fiziksel, psikolojik, sosyal ve finansal stres etkenlerine verilen çok boyutlu bir yanıttır ve bakım verenin bu etkileri ve stres etkenlerini algılamasından kaynaklanır. Bakım verenlerde ruhsal ve fiziksel sağlık problemlerinde artma, sosyal ilişkilerde izolasyon, daha fazla gerilim yaşama ile birlikte iş bırakma gibi ekonomik sorunlar da artmıştır. Bu yüzden bakım verenlerde bakım verme yükünü belirlemek ve azaltmak önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (2,3).

Materyal- Metod: Çalışmamıza Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Geriatri polikliniğine başvuran 60 Alzheimer hastası ve onlara primer bakım veren yakınları alınmıştır. Hasta ve yakınlarının sosyodemografik bilgileri alınarak hastaya kapsamlı geriatrik değerlendirme çerçevesinde testler uygulandı. Bakım verene; Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ), Nöropsikiyatrik Envanter (NPI), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Symptom Check List-90 (SCL-90) ölçekleri uygulandı.

Bulgular: Bakım verenlerin %86,6 sının çeşitli derecelerde yük hissettiği ve % 48' inin depresyon puanının yüksek olduğu saptandı. BVYÖ, MMSE (r:-0,259, p:0,046), BDÖ

(r:0,319, p:0,013), BAÖ (r:0,314, p:0,015), demansda yeti yitiminin değerlendirilmesi ölçeği (DAD; r:-0,255, p:0,05) ve düşük eğitim düzeyi ile korele bulundu. BVYÖ ile NPI arasında korelasyon saptanmadı. Multivariate lineer regresyon analizinde BVYÖ yü etkileyen faktörler BAÖ (OR=0,613, 95% CI:0,129-1,096, p=0,014) ve düşük eğitim seviyesi (OR=-9,649, 95% CI:-16,684 -2,614, p=0,008) olarak bulundu. Hastanın ve bakım verenin diğer sosyodemografik özelliklerinin bakım yüküne etki etmediği görüldü.

Sonuç: Bu çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerde depresyon sıklığının yüksek olduğu ve bakım verenlerin algıladıkları yükü etkileyen en önemli faktörün bakım verenin anksiyetesi ve hastanın eğitim düzeyi olduğu bulundu.

Tablo 1: BVYÖ yü etkileyen faktörler

	B (Odd's ratio)	%95 CI Alt	üst	p
İlkokul mezunu / okur yazar olmama	-9,649	-16,684	-2,614	0,008
BAÖ	0,613	0,129	1,096	0,014
DAD	-0,121	0,088	-0,262	0,088

Tablo 2: Bakım verme yükü ölçeğinin diğer ölçeklerle korelasyonu

	r Değeri	p Değeri
BVYÖ-MMSE	-0,259	0,046
BVYÖ-BDÖ	0,319	0,013
BVYÖ-BAÖ	0,314	0,015
BVYÖ-DAD	-0,255	0,050
BVYÖ-SCL90 pst		0,258
BVYÖ-EGYA		0,221
BVYÖ-GTYA		0,112
BVYÖ-Hasta Yaşı		0,076
BVYÖ-Hastanın İlaç Saysı		0,962
BVYÖ-Evdeki Birey Sayısı		0,109
BVYÖ-Çocuk Sayısı		0,226
BVYÖ-CDR		0,212
BVYÖ-Bakım Süresi		0,367
BVYÖ-Bakıcı İlaç Sayısı		0,492

BVYÖ: Bakım verme yükü ölçeği(Burden Interview), MMSE: Mini mental test, BDÖ: Beck depresyon ölçeği , *BAÖ: Beck anksiyete ölçeği DAD: Disability assesment for dementia NPI: Nöropsikiyatrik envanter, MMSE: Mini mental test, GTYA:Günlük temel yaşam aktiviteleri, DAD: Disability assesment for dementia CDR :Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği, EGTYA:Enstrumental* günlük yaşam aktiviteleri

Kaynaklar:

1. Sadik K, Wilcock G. The increasing burden of Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2003;17 Suppl 3:S75-79.
2. Quinn C, Clare L, Woods RT. What predicts whether caregivers of people with dementia find meaning in their role? *Int J Geriatr Psychiatry* 2012.
3. Germain S, Adam S, Olivier C, Cash H, Ousset PJ, Andrieu S, et al. Does cognitive impairment influence burden in caregivers of patients with Alzheimer's disease? *J Alzheimers Dis* 2009;17(1):105-114.

S 06
YAŞLI BİREYLERDE 25-OH D VİTAMİNİ DÜZEYLERİ İLE LENFOSİT ALT TİPLERİNİN İLİŞKİSİ

Fatih Tufan[1], Bayram Kıran[2], Ziver Şahin[3], Meral Çıplak[2], Vahit Kıran[4], Aras Turan[3], Bülent Saka[1], Gülistan Bahat[1], Sibel Akın[1], Aslı Tufan[1], Selim Badur[2], M. Akif Karan[1]

1 İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri Bilim Dalı
2 İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İmmunoloji Anabilim Dalı
3 İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi
4 Anadolu Üniversitesi, Öğrenci Araştırma Kulübü

GİRİŞ: Yaşlanma ile birlikte hem infeksiyonlara hem de otoimmun hastalıklara eğilimde artış görülmektedir. Yaşlılarda infeksiyon hastalıkları hem daha sık görülür, hem de daha sıklıkla komplikasyona yol açar. Aşılamaya olan yanıtın azalması da yine immun yaşlanmanın bir sonucudur. Yaşlanma ile birlikte özellikle T lenfosit fonksiyonlarında gerileme olduğu tespit edilmiştir. Birçok kesitsel çalışmada ve bazı boylamsal çalışmalarda B hücreleri ve doğal bağışıklıkta da bazı değişiklikler olduğu bildirilmiştir. Vitamin D eksikliği yaşlılarda oldukça sık görülen bir durumdur. Güncel çalışmalarda 25-OH D düzeyleri ile immün sistem fonksiyonları arasında önemli ilişkiler olduğu bildirilmiştir.

AMAÇ: Bu çalışmada, yaşlı kadınlarda 25-OH-D düzeyleri ile lenfosit alt grup düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Genç sağlıklı kadın ve 65 yaş üzerindeki kadınların çalışmamıza alınması planlandı. Aktif infeksiyonlar, tekrarlayan böbrek taşı hikayesi, aşikar böbrek yetersizliği ve son 6 ay için-

de kortikosteroid, diğer immunosupresif ilaçlar veya D vitamini kullanımı olanlar çalışmaya alınmadı. Tüm olguların boy ve kiloları ölçüldü, laboratuar verileri kaydedildi, 25-OH-D düzeyleri ve lenfosit alt grupları belirlendi ve el sıkma güçleri ölçüldü.

BULGULAR: Özellikle yaşlı olgularda olmak üzere D vitamini eksikliği ve yetersizliği oldukça sık bulundu (Tablo 1). Yaşlı olgularda sarkopeni sıklığı %56,6 olarak tespit edildi. Yaşla birlikte beklendiği şekilde T lenfositlerde azalma ve NK hücre artışı tespit edildi. Bununla birlikte B hücre oran ve sayısındaki beklenen azalma gözlenmedi. D vitamini eksikliği olan gençlerde CD3 sayısında azalma eğilimi söz konusu iken, D vitamini eksikliği olan yaşlılarda CD3 oranı ve sayısı artma eğilimindeydi. D vitamini eksikliği olan yaşlılarda CD19 ve NK hücre oran ve sayıları ise azalma eğilimindeydi (Tablo 2).

SONUÇ: Bulgularımız yaşlanma ile birlikte lenfosit alt gruplarındaki değişikliklerin bir kısmını açıklamada D vitamini eksikliğinin önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 1. Genç ve yaşlı olguların D vitamini düzeyleri

D vitamini (ng/ml)	Genç (n,%)	Yaşlı (n,%)
<10	4, %20	13, %65
10-20	11, %55	6, %30
20-30	3, %15	1, %5
>30	2, %10	0, %0

Tablo 2. D vitamini eksikliği olan ve olmayan genç ve yaşlıların verileri

	Gençler			Yaşlılar		
	D vitamini <10 ng/ml	D vitamini >10 ng/ml	p değeri	D vitamini <10 ng/ml	D vitamini >10 ng/ml	p değeri
Yaş	26,8±2,5	29,6±4,1	>0,1	72,9±7	71±1,7	>0,1
El sıkma gücü	32±5,3	28,8±4,2	>0,1	19,2±4,2	21,9±5,6	>0,1
Ca	9,5±0,2	9,3±0,2	>0,1	9,4±0,3	9,5±0,4	>0,1
P	3,5±0,8	3,5±0,4	>0,1	3,4±0,4	3,2±0,3	>0,1
iPTH	43±5,7	51,7±18,6	>0,1	75,9±24,7	60,7±21,3	>0,1
Albümin	4,9±0,2	4,7±0,3	>0,1	4,4±0,2	4,4±0,3	>0,1
CRP	0,7±0,5	0,7±0,8	>0,1	5,1±4,6	8±11,4	>0,1
C-GFR	111,6±15,6	105±22,7	>0,1	63,8±21,1	72,1±20,5	>0,1
MDRDVYA	110,5±26,2	99,4±26	>0,1	77,7±21,5	66,4±19,2	>0,1
%CD3	74,8±7,6	73,9±6,9	>0,1	70±10,7	64±9,9	>0,1
CD3	1413±261	1755±650	>0,1	1698±617	1258±247	0,09
%CD4	47±9,3	44,8±9,9	>0,1	42±9,9	39,6±10,2	>0,1
CD4	874±127	1049±346	>0,1	994±389	778±204	>0,1
%CD8	26,8±16,9	25,6±6	>0,1	27,3±12,5	22,9±3	>0,1
CD8	520±379	618±345	>0,1	686±397	447±73	0,054
%CD19	7,3±4	8,4±3,1	>0,1	8,1±3,7	11,1±4,2	>0,1
CD19	135±74	188±63	>0,1	189±85	222±111	>0,1
%NK	11,8±6,8	10,7±4,9	>0,1	13,7±8,7	19,6±8,4	>0,1
NK	215±116	241±102	>0,1	310±201	385±160	>0,1
CD3/CD19	14,2±10,3	10,4±5	>0,1	11,4±2,3	7,2±4,9	>0,1
CD4/CD8	2,3±1,2	1,9±0,8	>0,1	2±1,3	1,8±0,5	>0,1

CRP: C reaktif protein, MDRDVYA: Modification of Diet in Renal Disease formülüne göre hesaplanmış ve vücut yüzey alanına göre düzeltilmiş glomerüler filtrasyon hızı

S 07
YAŞLILARIMIZ BEYAZ MELEKLERE EMANET PROJESİ

Gülay Çelik
Kızılcaham Sağlık Meslek Lisesi Öğretmeni

AMAÇ: Hasta ve yaşlıları ziyaret ederek ihtiyaçlarını tespit edip gerekli eğitim ve bakımlarını kursiyerlerle birlikte; planlamak, uygulamak ve değerlendirmektir.Hasta ve Yaşlı Bakımı ve Refakatçılığı konusunda farkındalık oluşturup kursiyerleri topluma tanıtmak.

GEREÇ VE YÖNTEM: Sağlık Meslek Lisesi bünyesinde üç yıldır "yaşlı ve hasta refakatçiliği kursu" ile kursiyerler yetiştirilmektedir. Kursiyerlerin eğitimi teorik ve uygulamalıdır. Kursiyerlerin hasta ve yaşlı bakımıyla ilgili öğrendiklerini uygulama becerisi kazanmaları, yeterliliklerini artırmak amacıyla yaşlı veya bakıma muhtaç bireyler mahalle ve köy muhtarlığıyla işbirliği yapılarak sekiz birey belirlendi. Ziyaret planları yapıldı. Birinci ziyaret tanışma ve ihtiyaçların belirlenmesiydi. Kursiyerlerden ihtiyaç tespit ederken yaşlıların hastalık hikayesini ve duygu-düşüncelerini de yazmaları istendi.

BULGULAR: Kursiyerler hastalık hikâyelerini ve ihtiyaçlarını aşağıdaki şekilde belirlediler.

1. Beslenme,
2. Günlük, Kişisel bakım,
3. İlaç takibi,
4. Psikolojik destek,
5. Temizlik ve hijyen koşulları,
6. Eğitim.

Belirlenen sorunlara yönelik planlama yapıldı. İkinci ziyaret planı doğrultusunda öncelikli konular tespit edildi. Bakıma ihtiyacı olan yaşlılara eğitimler hazırlandı. Beslenme ihtiyaçları için ilçe belediyesine müracaat edildi. Bir yaşlının tedavisi kursiyerlerce yaptırılarak ilaç takibi öğretildi.

Birinci Ziyaret de Yetmiş yaşında yedi yıldır bitkisel hayatta, yatalak bir bayan hastaya yetmiş yaşındaki eşi tarafından bakılan "örnek hasta bakımı" tespit edildi. Hastanın günlük ve kişisel bakımı, beslenmesi, ilaç takibi, yatak yarası takibi ve bakımı, pozisyon değişimi, diyabet takibi vb. uygulamalar muntazam yapılmaktaydı. Yatak yarası yoktu. Aspiratörü çalıştırmak için köyde sık sık elektrik kesintisi yaşandığından jeneratör almıştı. Temiz, bakımlı ve eşi tarafından büyük bir sevgiyle bakılıyordu.

SONUÇ: Proje kapsamında ziyaret edilen yaşlılarda önemli bakım problemleri tespit edilmiştir. Yedi buçuk yıldır eşine büyük bir özenle bakan yaşlı amcanın herkese örnek olması açısından ödüllendirilmesi gerekmektedir.

Resim 1: Yedi buçuk yıldır yatalak hastaya yetmiş yaşındaki eşi bakıyor.

S 08
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI SERVİSİNDEKİ 65 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ HASTALARDA BASI YARASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Aygör Eskiizmirli, H.[1], Sözen, E.[2]. Şahin, S.[3], Baydal, B.[1], Şenuzun F.[2], Akçiçek, F.[3]

[1] Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları AD, Bornova /İzmir
[2] Ege Üniversitesi, İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Bornova /İzmir
[3] Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri BD, Bornova /İzmir

Amaç: Bası yaraları önemli morbidite ve mortaliteye neden olabilen, bununla birlikte gerekli ve uygun tedbirler alındığı

taktirde önlenebilir geriatrik sendromlardan bir tanesidir. Geriatrik hasta popülasyonu yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler, artmış veya şiddetlenmiş komorbid hastalıkların neden olduğu patolojik değişiklikler nedeniyle bası yaralarının sık görüldüğü grubu oluşturmaktadır. Oluşması ve nüks etmesi, basit yöntemlerle önlenebilmesine rağmen modern tıp sık karşılaşılan bu klinik problemin insidansında önemli ölçüde bir azalma sağlayamamıştır. Bası yaralarında en etkin yaklaşım risk altındaki hastaların tanınması ve bası yarası açılmasının önlenmesidir. Bu çalışmada Ege Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniğinde yatan hastalarda bası yarasını, bası yarası riskini ve bu riskin hastanede yatış süresi içindeki değişimini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 1 Nisan 2011 – 1 Ekim 2011 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniğinde yatan 65 yaş ve üzeri 115'i kadın, 94'ü erkek olmak üzere toplam 209 hasta dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında hasta dosyalarında bulunan ve klinikte düzenli olarak her hasta için kliniğe kabulden itibaren haftalık doldurulan Braden bası yarası risk formu ve bası yarası olan hastalar için ayrıca doldurulan haftalık bası yarası takip formundan yararlanmıştır. Bası yarası takip formunda bası yarasının yeri, derecesi ve iyileşme puanı (PUSH) haftalık kayıt edilmiştir.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 73 (65-93) idi. Çalışmaya alınan hastaların en çok malignite ve diyabet saptanmıştır. Çalışmaya alınan hastaların %16.6 (n=61) hastada bir kronik hastalık, %15.8 (n=58) hastada iki, %11.7 (n=43) hasta da ise üç kronik hastalık bulunmaktaydı. Hastaların serviste ortalama yatış süreleri 12 (1-42) gün idi. Yatış anında basınç yarası olan %2.7 (n=10) hasta bulunmaktaydı. İç hastalıkları servisinde tedavi aldığı süre içerisinde %1.6 (n=6) hastada bası yarası oluşmuştur. Yeni oluşan basınç yaralarının %1.1 (n=4) oranlarında kalça ve koksiks alanlarında, %0.8 (n=3) oranında sakrumda ve %0.3 (n=1) oranında kürek kemiklerinde yer aldığı görülmüştür. Hastaların kliniğe yatış yaptığı anda, 1., 2, ve 3. haftalarda ortalama basınç yarası risk puanı 19 (9-24) iken, bu puan hastaların tedavi almasına bağlı olarak 4. haftada %17'ye, 8. haftada da %15'e düşmüştür.

Sonuç: Bası yaraları, 65 yaş üzeri hastalarda sık karşılaşılan komplikasyonlardandır. Bası yaralarının tedavisi, hastanede yatış süresini uzatır, rehabilitasyon uygulamalarını geciktirir ve maliyeti yükseltir. Hastanelerde özellikle yaşlı bakımında görevli sağlık personelinin bası yaralarının önlenmesi ve erken dönemde tedavi konusunda bilinçlendirilmesinin gerektiğine inanmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Bası yarası, ülser prevalansı, dekübitus ülseri

S 09
İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞINDA EKSTRAİNTESTİNAL MANİFESTASYONLARIN (EIM) YAŞLILARDAKİ SIKLIĞI

Yasin Kalpakçı[1], Taylan Kav[1], Mehmet Emin Kuyumcu[2], Yusuf Yeşil[2], Meltem Halil[2], Mustafa Cankurtaran[2], Serap Arslan[1], Servet Arıoğul[2]

[1] Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Gastroenteroloji Ünitesi

[2] Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi

Giriş-amaç:

- İnflamatuvar barsak hastalıkları (İBH), gastrointestinal sistemin (GİS) çeşitli bölge ve katmanlarını tutabilen kronik inflamatuvar hastalıklardandır. Klasik olarak Ülseratif kolit (ÜK), Crohn hastalığı (CH) ve her ikisinin arasında yer alan İndetermine kolit (İK) bu grupta yer alır.
- İBH hem lokal hem de sistemik inflamasyon ile karakterize hastalıklardır. GİS semptomlarından lokal inflamasyon sorumluyken, EIM'lardan sistemik inflamasyon sorumlu tutulmaktadır.
- İBH'daki sistemik inflamasyon sonucu hemen her organ sistemi ile ilgili EIM görülebilir. Yaygın EIM yelpazesi nedeniyle sistemik bir hastalık olarak kabul edenler de vardır.
- Ülkemizde İBH'daki EIM'ların sıklığıyla ilgili yapılmış yeterli çalışma bulunmamaktadır.
- İBH'lı hastalarda yaşlı hasta popülasyonu ile yetişkin hastalar arasında EIM'ların dağlımı ve sıklığı açısından fark olup olmadığı bilinmemektedir.
- Bu çalışmanın amacı İBH'lı hastalarda yetişkin ve yaşlı popülasyon arasında EIM'lar açısından fark olup olmadığını ortaya koymaktır.

Metod:

- Hastanemiz Gastroenteroloji Ünitesinde takip edilen İBH'lı hastaların dosya ve bilgisayar kayıtları retrospektif olarak incelendi.
- Tıbbi kayıtlarına eksiksiz olarak ulaşılan 235 İBH'lı hasta çalışmaya alındı. 65 yaş altı 203 hasta ile 65 yaş ve üstü 32 hastanın EIM'ları karşılaştırıldı.

Bulgular:

Tablo 1. Yaşlı ve Yetişkin İBH Hastalarında EIM Sıklığı ve Karşılaştırması

EIM Tipi	< 65 yaş (n=203)	≥ 65 yaş (n=32)	P değeri
EIM total sıklığı	125 (% 61.6)	22 (% 68.8)	0.436
Eklem tutulumu genel sıklığı	69 (% 34)	11 (% 34.4)	0.966
Ankilozan spondilit	28 (% 13.8)	3 (% 9.4)	0.492
Periferik artrit Tip 1	37 (% 18.2)	5 (% 15.6)	0.721
Periferik artrit Tip 2	18 (% 8.9)	4 (% 12.5)	0.086
Deri tutulumu genel sıklığı	23 (% 11.3)	3 (% 9.4)	0.743
Eritema nodosum	16 (% 7.9)	2 (% 6.3)	0.747
P. gangrenosum	7 (% 3.4)	1 (% 3.1)	0.925
Göz tutulumu genel sıklığı	10 (% 4.9)	1 (% 3.1)	0.654
Üveit	4 (% 2)	0	0.423
Sklerit	2 (% 1)	0	0.573
Episklerit	5 (% 2.5)	1 (% 3.1)	0.825
Hepatobiliyer tutulum genel sıklığı	61 (%3 0.0)	16 (% 50.0)	0.025**
Primer Sklerozan Kolanjit	9 (% 4.4)	4 (% 12.5)	0.640
Steatoz	45 (% 22.2)	11 (%3 4.4)	0.132
Otoimmün hepatit	3 (% 1.5)	0	0.489
Kolelitiyazis	14 (% 6.9)	6 (% 18.8)	0.026**
Renal tutulum genel sıklığı	16 (% 7.9)	4 (% 12.5)	0.384
Nefrolitiyazis	12 (% 5.9)	4 (% 12.5)	0.169
Glomerülonefrit	1 (% 0.5)	0	0.691
Amiloidoz	3 (% 1.5)	0	0.488

Sonuç:

- İBH'lı hastalarda EIM'ların sıklığı yetişkin ve yaşlı popülasyonda genel olarak benzerlik göstermektedir. Yaşlı popülasyonda yetişkinlerden farklı olarak hepatobiliyer tutulum ve kolelitiyazis sıklığında istatiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır.

Kaynaklar:

1. Fatahzadeh M: Inflammatory bowel disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009, 108(5):e1-10.
2. Gismera CS, Aladrén BS: Inflammatory bowel diseases: a disease (s) of modern times? Is incidence still increasing? *World J Gastroenterol* 2008, 14(36):5491-5498.

S 10
GERİATRİ POLİKLİNİĞİNDEN TAKİP EDİLEN YAŞLI HASTALARDA MALNÜTRİSYON RİSKİNİN VE EŞLİK EDEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslı Çurgunlu[1], Tuba Kayan[2], Berrin Telatar[3]

1 İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

2 Avrupa Florence Nightingale Hastanesi Araştırma ve Uygulama Merkezi

3 İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Amaç: Yaşlılarda malnütrisyon sık görülen ciddi bir sağlık problemidir. Malnütrisyon geriatrik yaş grubunda birçok psikolojik, sosyal ve organik nedene bağlı olabilir. Bu çalışmada geriatri polikliniğinden takip edilen yaşlı hastalarda malnütrisyon riskini ve bununla ilişkili faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem: Bu prospektif çalışmada Temmuz 2011 ve Nisan 2012 tarihleri arasında Geriatri polikliniği'ne başvuran ≥ 65yaş hastaların sosyodemografik özellikleri, komorbiditeleri (hipertansiyon, diabet, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık, solunum hastalıkları, demans, depresyon, Parkinson hastalığı, osteoartrit, osteoporoz, idrar inkontanansı, bası yarası, vb), kullandığı ilaç sayısı, egzersiz (haftada ≥ 2), düşme öyküsü, kırık öyküsü gibi eşlik eden durumları değerlendirildi. Tüm hastalara kapsamlı geriatrik değerlendirme yapıldı. Kapsamlı geriatrik değerlendirmede depresyonun değerlendirilmesinde 15 soruluk kısa geriatrik depresyon skalası, fonksiyonalite ve bağımlılığın ölçülmesinde günlük yaşam aktiviteleri (GYA) indeksi ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktivite (EGYA) skalası, kognitif fonksiyonların değerlendirmesinde mini-mental durum değerlendirmesi (MMSE), mobilitenin değerlendirilmesinde kalk-yürü testi uygulandı. Hastaların malnütrisyon riskinin değerlendirmesi mini nütrisyonel değerlendirme (MND) uzun form ile yapıldı. Kısa geriatrik depresyon skalası ≥5 depresyon ile uyumlu, MMSE ≤24 kognitif fonksiyonlarda bozulma, MND uzun form ile 17-23.5 puan malnütrisyon riski ve <17 puan malnütrisyon olarak değerlendirildi. İstatistiksel analizde Pearson x2 ve ANOVA kullanıldı. p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Toplam 417 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaş ortalaması 78.03 ± 9.83 (min: 65, mak: 99), erkek: 188, kadın: 229 idi. Toplam 159 hastada (%38) (72 erkek, 87 kadın) yetersiz beslenme durumu (117 hastada (%28) malnütrisyon riski, 42 hastada (%10) malnütrisyon) saptandı. Malnütrisyon riski olan hastaların kullandığı ilaç sayısı beslenme durumu normal olanlara göre daha fazlaydı (7.23±3.45/5.62±2.18, p<0.001). Demanslı hastalarda malnütrisyon riski (%45.04) kognitif fonksiyonları normal olanlara göre (%35.62) daha fazlaydı (p<0.001). Depresyonlu hastalarda yine malnütrisyon riski (%44.44) depresyonu olmayanlara (%35.66) göre anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0.001). Orta ve ileri derecede kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastalarda malnütrisyon riski oranı (%71.66) KOAH'ı olmayanlara ve hafif KOAH'ı olanlara göre (%32.49) daha yüksek bulundu (p<0.0001). Malnütrisyon riski olan hastalarda normal beslenmesi olan yaşlı hastalara göre geriatrik sendrom ve komorbid hastalık sayısı daha fazlaydı (7±3/3±2, p<0.0001).

Sonuç: Geriatri polikliniğimizde takip edilen hastalardaki malnütrisyon riski ve malnütrisyon oranı literatürle uyumlu idi. Kötü beslenme durumuna sahip olan hastaların kullandığı ilaç sayısı daha fazlaydı. Yine bu grupta geriatrik sendrom ve komorbid hastalık sayısı beslenme durumu normal olanlara göre fazlaydı. Depresyon ve demanslı hastalarda malnütrisyon riski daha fazlaydı. Orta ve ileri KOAH'lı hastalarda malnütrisyon riski yüksek bulundu.

S 11
YAŞLILARDA GLOMERÜLER FİLTRASYON HIZININ ÖLÇÜMÜNDE HANGİ METOD DAHA GÜVENİLİR?

Gülistan Bahat[1], Fatih Tufan[1], Sibel Akın[1], Timur Akpınar[1], Aslı Tufan[1], Savaş Öztürk[2], Bülent Saka[1], Yasemin Şanlı[3], Gözde Tuğrul[3], Işık Adalet[3], Beyhan Öner[4], Nilgün Erten[1], M. Akif Karan[1]

1İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Geriatri BD
2Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları AD Nefroloji Kliniği
3 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nükleer Tıp AD
4 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Biyokimya AD

Amaç: Çok sayıda ilaç renal yoldan metabolize ve/veya ekskrete edilmektedir. Polifarmasinin çok yaygın olduğu yaşlı hasta grubunda glomerüler filtrasyon hızı (GFR)'nin çabuk ve doğru hesaplanmasının önemi açıktır. 40 yaşından itibaren her 1 yıl için GFR'de 1ml/dk azalma olduğu düşünülmektedir. Ancak farklı yaşlılarda bu azalma hızının farklı olabileceği bilinmektedir. Klinik pratikte GFR'nin hızlı hesaplanması için en yaygın kullanılan yöntemlerden biri Cockcroft –Gault (CcG) formülüdür. Ancak yaşlanma ile kas kütlesi azalmaktadır. Bu nedenle, klinik pratikte sıklıkla kullanılan CcG formülünün yaşlılarda yanılma payı, genç erişkinlerden daha fazla olabilir. Son yıllarda CcG formülüne alternatif olarak MDRD, CKDEPİ ve serum sistatin C seviyesi kullanılarak hesaplanan GFR ölçümleri gibi formüllerin kullanımının GFR›yi daha iyi tahmin edebileceği öne sürülmektedir. Bu çalışmada amacımız GFR ölçümünde standart kabul görmüş olan metotlardan biri olan ^{99m}Tc-DTPA klirensi ile hesaplanan GFR'nin CcG, MDRD, CKDepi ve sistatin C temelli Larsson formülleri ile korelasyonunun araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Geriatri polikliniğimize başvuran yaşlı hastalardan böbrek fonksiyonları stabil olan, dehidratasyonu, malignitesi olmayan ve onam veren olgular çalışmaya dahil edildi. Hastaların boy ve kiloları kaydedildi. Kan üre azotu (BUN), serum kreatinin, albumin, kreatinin kinaz ve sistatin C düzeyi ölçüldü. ^{99m}Tc-DTPA klirensi ölçümü ile GFR tayini tek kan örneği ile yapıldı. İstatiksel analiz için SPSS paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 175 olgu (65 erkek, 110 kadın) alındı. Olgular cinsiyetlerine göre ayrı ayrı değerlendirildi (Tablo 1). Erkeklerde ortalama yaş: 74±5,6 yıl, ^{99m}Tc DTPA klirensi ölçümü ile saptanan GFR: 56±17,2 ml/dk/1.73m^2 iken CKDEPİ GFR: 77,0±19,2, CcG GFR: 74,7,1±26,2, sistatin C'li Larsson formülü ile GFR: 82,0±43,2, MDRD ile GFR: 88,3±32,7 ml/dk/1.73m^2 idi. Kadınlarda ortalama yaş: 74,4±6,7 yıl, ^{99m}Tc DTPA klirensi ölçümü ile saptanan GFR: 52,8±17,6 ml/dk/1.73m^2 iken CKDEPİ GFR:

70,9±19,5, CcG GFR: 73,5±26,7, sistC'li Larsson formülü ile GFR: 76,8±32,1, MDRD ile GFR: 77,1±25,4 ml/dk/1.73m^2 idi. Her iki cinste de, ^{99m}Tc, DTPA klirensi ölçümü ile saptanan GFR, CKDEPİ, CcG, sistC'li Larsson formülü ve MDRD formülü ile hesaplanan GFR ile anlamlı olarak korele idi (Tablo 2). ^{99m}Tc, DTPA klirensi ölçümü ile en yüksek korelasyon gösteren formül hem erkeklerde hem de kadınlarda CKDEPI ile hesaplanan GFR formülü idi (erkeklerde r= 0,46, kadınlarda r= 0,33; Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızda yaşlı kadınlarda ve erkeklerde CKDEPİ formülü, MDRD, CKDEPİ ve sistatin C temelli Larsson formülleri arasında standart GFR ölçütü olan ^{99mTc} DTPA klirensi ile en yüksek korelasyon gösteren formül olarak saptanmıştır. Ancak çalışmaya dahil edilen tüm formüller GFR'yi olduğundan daha yüksek tahmin etmiştir. Bu nedenle yaşlılarda GFR'yi hesaplamak için önerilebilecek en iyi formül CKDEPİ formülü olmakla birlikte, tüm formüllerin genellikle GFR'yi olduğundan yüksek ölçtüğü dikkate alınmalıdır.

Tablo 1. Erkek ve kadın yaşlılarda yaş, ^{99m}Tc DTPA klirensi ölçümü ile saptanan GFR ve farklı formüllerle hesaplanan GFR değerleri

	Erkek (n=65)	**Kadın (n=110)**
Yaş (Ort±SD) (yıl)	74±5,6	74,4±6,7
Ölçülen GFR (ml/dk/**1.73m^2**)	56±17,2	52,8±17,6
CKDEPİ-GFR (ml/dk/1.73m^2)	77,0±19,2	70,9±19,5
CcG-GFR (ml/dk/1.73m^2)	74,7±26,2	73,5±26,7
Sist-C'li Larsson formülü -GFR (ml/dk/1.73m^2)	82,0±43,2	76,8±32,1
MDRD-GFR (ml/dk/1.73m^2)	88,3±32,7	77,1±25,4

Tablo 2. Erkek ve kadın yaşlılarda ^{99m}Tc DTPA klirensi ölçümü ile saptanan GFR ve farklı formüllerle hesaplanan GFR değerlerinin korelasyonu

	Erkek (n=65)	**Kadın (n=110)**
CKDEPİ-GFR	r=0,46, p=0,000	r=0,33, p=0.000
CcG-GFR	r=0,42, p=0.000	r=0,29, p=0.002
Sist-C'li Larsson formülü -GFR	r=0,39, p=0.001	r=0,29, p=0.002
MDRD-GFR	r=0,41, p=0.001	r=0,32, p=0.001

S 12
ALZHEIMER TİPİ DEMANS HASTALARINDA YÜZ İFADELERİNİN TANINMASI

Melis Öztürk

Ege Üniversitesi Deneysel Psikoloji Y.L.

Amaç: Bu araştırmanın temel amacı Hafif Bilişsel Bozukluk (HBB) ve Alzheimer tipi Demans (ATD) hastalığının farklı evrelerinde bulunan hastaların yüz ifadeleri tanıma performansını değerlendirmektir. Bu doğrultuda, farklı görevler kullanılarak evrensel olduğu kabul edilen 6 temel duygunun (mutluluk, öfke, iğrenme, şaşkınlık, üzüntü, korku) tanınma performanslarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemi Demans Polikliniği' ne başvuran HBB tanılı hastalar (erkek: 20, kadın: 20), ATD hastaları (ılımlı evre: erkek 20, kadın 20; orta evre: erkek 8, kadın 7) ve herhangi bir nörolojik ve psikiyatrik bozukluğu olmayan sağlıklı katılımcılar (erkek: 20, kadın: 20) olmak üzere toplam 75 gönüllü katılımcıdan oluşmaktadır. Mevcut çalışma için Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından gerekli izinler alınmıştır ve uygulamalar etik yönetmelik doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar yaş, eğitim düzeyi ve sosyo – ekonomik düzey açısından dengelenmiştir. Araştırmada Klinik Demans Evreleme Ölçeği, genel bilişsel düzeyi belirlemek için Mini Mental Test ve yüz tanıma performansını değerlendirmek üzere Benton Yüz Tanıma Testi' nden oluşan klinik testler kullanılmıştır. Yüz ifadelerini tanıma performansını değerlendirmek için E – Prime 2.0 programı aracılığıyla oluşturulmuş, bilgisayar destekli görevler katılımcılara uygulanmıştır. Oluşturulan görevler duygu etiketleme, duygu ayırt etme, duygu eşleme ve bağlama özgü ifade eşleme olarak 4 temel grupta toplanmaktadır. Görevlerde kullanılan yüz fotoğrafları Ekman ve Friesen (1976) tarafından oluşturulmuş fotoğraf bataryasından kullanılmıştır. Görevlere ait doğru tepki puanları görevlerin oluşturulduğu bilgisayar programı tarafından kaydedilmiştir.

Bulgular: Hasta ve sağlıklı kontrol grubunun farklı görevlerde aldıkları performans puanları Tekrarlı Ölçümler için Varyans Analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre; görev değişkeninin ana etkisi, tanı değişkeninin ana etkisi, görev x tanı etkileşiminin ortak etkisi istatistiksel açıdan anlamlıdır (sırasıyla, $F(4, 64) = 28,15$, $p = .000$, $\eta^2 = .64$; $F(3,67) = 38,58$, $p = .000$, $\eta^2 = .63$; $F(12, 268) = 2,58$, $p = .003$, $\eta^2 = .10$). Hasta ve sağlıklı kontrol grubunun farklı duygulardan aldıkları performans puanları Tekrarlı Ölçümler için Varyans Analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre; duygu değişkeninin ana etkisi, tanı değişkeninin ana etkisi,

duygu x tanı etkileşiminin ortak etkisi istatistiksel açıdan anlamlıdır (sırasıyla, $F(5, 345) = 49,77$, $p = .000$, $\eta^2 = .42$; $F(3,69) = 36,61$, $p = .000$, $\eta^2 = .61$; $F(15, 345) = 3,07$, $p = .000$, $\eta^2 = .12$).

Sonuçlar: Yapılan çalışma sonunda görevlere bakıldığında, Duygu etiketleme görevinde HBB tanılı hastaların yüz ifadelerini tanıma performansları korunmuşken, ılımlı evre ATD ve orta evre ATD hastalarında bozukluklar görülmüştür. Duygu eşleme ve Bağlama özgü ifade eşleme görevinde ise HBB, ılımlı evre ATD ve orta evre ATD hastalarında sağlıklı kontrolle kıyaslandığında yüz ifadeleri tanıma performansında bozukluklar görülmüştür. Duygulara bakıldığında, mutluluk duygusunun orta evreye kadar korunduğu görülmüştür. Üzüntü ve öfke duygularının HBB ile bozulmaya başladığı; şaşkınlık, korku ve iğrenme duygusunun ılımlı evreden itibaren bozulduğu görülmüştür.

S 13
YENİ TANI HİPERTANSİF ERİŞKİNLERDE KAN BASINCINI DÜŞÜRMENİN KEMİK DÖNGÜSÜ VE OPG/RANKL/RANK SİSTEMİNE ETKİLERİ

Mehmet İlkin Naharcı[1], Murat Karaman[2], Seyit Ahmet Ay[2], Serkan Tapan[3], İlker Taşçı[1], Umut Safer[1], Nuri Karadurmuş[2], Ergün Bozoglu[1], Hüseyin Doruk[1], İsmail Kurt[3]

1 Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Geriatri Bilim Dalı
2 Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
3 Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı

Amaç: Hipertansiyon ve osteoporoz birlikteliği dünya genelinde, özellikle geriatrik bireylerde oldukça yaygın görülen sağlık problemlerinin başında gelmektedir. Hipertansiyonlu olgularda kan basıncını düşürmenin kemik döngüsüne olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, hayvan çalışmalarında renin anjiotensin aldosteron sistem blokajının kemik parankimal hücrelerine faydalı etkisi olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda antihipertansif ilaçların dolaşımdaki kemiğin yeniden yapılanma (remodeling) belirteçlerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Yeni tanı ve daha önce hipertansiyon tedavisi almamış, metabolik/kronik hastalığı olmayan ve herhangi bir ilaç kullanmayan 40 olgu çalışmaya dahil edilmiştir (Tablo-1). Olgular rastgele iki gruba bölünerek amlodipin 5 mg veya valsartan 80 mg tedavisi başlanmıştır. İki hafta sonraki vizitte hipertansiyonu kontrol edilememiş olduğu tespit edilen olgularda dozlar iki katına çıkarılmıştır. Kan kemik döngüsü ve osteoprotegerin (OPG)/nükleer faktör-κB ligandın reseptör aktivatörü (RANKL)/RANK sistem belirteçlerinin düzeyi 12 haftalık tedaviden önce ve sonra ölçülmüştür.

Bulgular: Her iki tedavi grubunda sistolik ve diyastolik kan basıncı düşüşü anlamlı ve eşit düzeyde olmuştur. Amlodipin veya valsartan tedavisi serum osteokalsin veya serum C-telopeptide tip 1 kollajen (CTX) düzeylerinde değişiklik yapmamıştır (Tablo-2). Bununla birlikte, amlodipin valsartana göre serum CTX düzeylerinde istatistiki olarak anlamlı olmasa da daha fazla azalma yapmıştır (%9,5 ve %1,0 sırasıyla; p=0,421). Antihipertansif tedavi dolaşımdaki solübl RANKL (sRANKL) düzeylerini düşürmüştür (p=0,004), ancak gruplar içinde değerlendirdiğimizde düşüş sadece amlodipin kolunda anlamlı görünmektedir (p<0,001) (Tablo-2). Tedavi sonrası serum OPG konsantrasyonları farklılık göstermemesine rağmen, sRANKL/OPG oranı tedavinin 12. haftasında anlamlı olarak azalmıştır (p<0,001). Serum sRANKL düzeylerinde azalma D vitamini düzeyleri ile negatif korelasyon göstermektedir (r=0,420, p=0,023).

Sonuç: Yaşlanan nüfusun artışıyla beraber hipertansiyon ve osteoporozun beraber bulunma prevalansı artmaya devam edecektir. Günümüzde bu iki hastalık için kullanılan çeşitli ilaçlar bulunmaktadır. Fakat osteoporoz ilaçlarının kemik yıkımı, yapımı ve ayrıca kırık üzerine etkilerinin sınırlı olduğu bilinmektedir. Kanaatimizce kemik metabolizmasına olumlu etkileri olabilecek bir hipertansiyon ilacı ek avantajlar sağlayabilir.

Bildiğimiz kadarıyla çalışmamız insanda antihipertansif ilaç kullanımı ile kemiğin yeniden yapılanma belirteçleri arasındaki ilişkiyi incelemesi bakımından dünyada ilktir.

Bu çalışmada antihipertansif tedavi kemik döngüsü belirteçlerini etkilememiştir. Amlodipin tedavisinin serum RANKL düzeyinde azalmaya yol açması, hipertansif bireylerde kemik kaybının önlemesi bakımından valsartana göre daha iyi bir tercih olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo-1 Tüm olguların demografik özellikleri (s=40)

Yaş	54,88 ± 10,56
Cinsiyet (E/K)	11/29
Vücut kitle indeksi (kg/m^2)	30,86 ± 4,09
Aktif alkol içicisi, s (%)	1 (2,5)
Aktif sigara içicisi, s (%)	9 (22,5)
Prematür menapoz	2/29
Ailede kırık öyküsü, s (%)	2 (5,0)
Boy kısalması, s (%)	10 (25,0)

Sonuçlar ortalama ± standart sapma veya sayı (yüzde) olarak verilmiştir.
E, erkek; K, kadın; s, sayı.

Tablo-2. Antihipertansif tedavinin kemiğin yeniden yapılanma (remodeling) belirteçlerine etkileri

	Amlodipin (s=20)		Valsartan (s=20)				
	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	*p1*	*p2*	*p3*
Osteokalsin (ng/mL)	8,01 ± 3,03	8,46 ± 3,88	8,47 ± 4,28	9,35 ±3,28	0,697	0,505	0,160
CTX (ng/mL)	18,16-617,34	16,73-560,93	23,44-544,20	25,56-598,75	0,340	0,263	0,881
Osteoprotegerin (pg/mL)	11,23-757,01	43,36-677,38	33,90-990,23	42,17-812,22	0,969	0,191	0,167
sRANKL (pmol/L)	97,90-2290,09	58,55-1113,37	60,41-331,16	103,28-320,16	0,127	**<0,001**	0,502
sRANKL/OPG oranı	0,36-21,79	0,24-13,00	2,32 ± 1,50	1,99±1,50	**0,043**	**0,002**	0,136

Sonuçlar ortalama ± standart sapma veya min.-max. olarak verilmiştir.
p1 Amlodipine karşı valsartan grubu tedavi öncesi (student t testi veya Mann-Whitney U testi)
p2 Amlodipin grubu tedavi öncesi ve sonrası (eşleştirilmiş t testi)
p3 Valsartan grubu tedavi öncesi ve sonrası (eşleştirilmiş t testi)
CTX, C-telopeptide tip 1 kollajen; sRANKL, soluble receptor activator of nuclear factor-κB ligand.

S 14
YAŞLILARDA HİPOTİROİDİZM İLE PERİFERAL VE SANTRAL ATEROSKLEROZ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Evrenos, B.[1], Atlı, T.[1], Erdoğan, M. F.[2], Aras, S.[1], Varlı, M.[1], Yalçın, A.[1], Cengiz Karaarslan, Ö.[1], Atmış, V.[1]

[1] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı

Giriş: Hipotiroidizm sıklığı yaşla beraber artar. Hipotiroidizme bağlı hiperkolestrerolemi, hipertansiyon ve endotel disfonksiyonu ateroskleroza neden olabilir. Ancak yaşlı popülasyonda hipotiroidizm ile ateroskleroz arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Biz bu çalışmada hipotiriodizm ile periferal ve santral ateroskleroz arasındaki ilişkiyi yaşlılarda araştırdık.

Gereç ve Yöntem: Yirmi yaşlı hipotiroid hasta (HH) ve 22 yaşlı ötiroid kontrol (ÖK) çalışmaya alındı. Katılımcının eğer TSH seviyesi 5 mIU/L üzerinde is hipotiroid , altında ise ötiroid olarak değerlendirildi. Katılımcıların hiçbirinde kardiyovasküler hastalık, böbrek veya karaciğer yetmezliği, malignite, tedavi altında tiroid hastalığı, DM yoktu. Tüm vakaların kan yağı, TSH ve sT_4 seviyeleri ölçüldü. Nabız dalga hızı (NDH) analizi ve ayak bileği-kol indeksi (AKİ) ölçümleri santral ve periferal aterosklerozun değerlendirilmesi için kullanıldı.

Bulgular: Ortalama LDL seviyesi HH'da 168±58 mg/dl, ÖK'de 122±28 mg/dl bulundu. Hipotiroid olanlarda LDL seviyesi anlamlı olarak yüksek olmasına rağmen, NDH ve AKİ sonuçları üstüne herhangi bir etki gözlemlenmedi (p>0,05). Ortalama NDH değerleri HH için 11,4±3,1 m/s ve ÖK için 11,9±2,7 m/s idi. Ortalama AKİ değerleri HH için 1,03±0,18 ve ÖK için 1,07±0.12 idi. Hem NDH hem de AKİ değerleri için her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0,05).

Sonuç: Biz bu çalışmada hipotirodizm ile periferal ve santral ateroskleroz arasında ilişki saptamadık. Ancak bu konuda daha uzun ve büyük ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

P 15
YAŞLILARDA FONKSİYONEL DURUM ÜZERİNE ETKİLİ FAKTÖRLER

Gülistan Bahat, Yücel Aydın, Fatih Tufan, Sibel Akın, Bülent Saka, Nilgün Erten, Mehmet Akif Karan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Geriatri BD

Amaç: Yaşlıların fiziksel bağımlılığı hem bizzat yaşlıların hem de bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olmaktadır. Yaşlı bakımında ana hedef yaşam kalitesinin artırılması, fiziksel bağımlılık riskinin en aza indirilmesidir. Yaşla ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, yaşla sıklığı artan komorbiditeler ve nütrsiyonel durumun yaşlı fonksiyonelliği ile ilişkisi olabilir. Bu noktada yaşlılarda fonksiyonellik üzerine etkili faktörlerin tespiti önemlidir. Bu çalışmada amacımız toplumda yaşayan bir grup Türk yaşlıda fonksiyonel durumun ve fonksiyonel durum üzerine etkili faktörlerin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Geriatri Bilim Dalı polikliniğine kayıtlı hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Dosyalarından cinsi-

yetleri, başvuru yaşları, boy, kilo, BKİ, nütrisyonel durumları, günlük yaşam aktivitesi (GYA), enstrümental günlük yaşam aktivitesi (EGYA), mini mental durum muayenesi (MMSE), geriatrik depresyon ölçeği (GDÖ) skorları, hastalıkları, toplam hastalık sayıları, toplam kullanılan ilaç sayıları, ve sigara-alkol kullanım özellikleri incelendi. İstatistiksel analizler için SPSS for Windows 15.0 programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 789 hasta alındı. Olguların 274'ü erkek, 515'i kadındı. Ortalama başvuru yaşı 73,7±7 yıldı. Olguların başvurularındaki ortalama GYA skoru 9,3±1,6, ortalama EGYA skoru 10,8±4,1 idi. Cinsiyetler arasında farklılık yoktu. Olgular GYA üzerine etkili olan faktörler açısından değerlendirildiklerinde univariatanalizlerde GYA ile yaş, MMSE, GDÖ, MNA tarama, MNA değerlendirme, MNA toplam puanları, toplam hastalık sayısı ile korelasyon ve nütrisyon durumu, parkinson hastalığı varlığı arasında anlamlı ilişki saptandı. Multivariat analizlerde ise GYA üzerine etkili faktörler olarak sadece nutrisyon durumu, parkinson hastalığı ve MMSE puanı saptandı.

Olgular EGYA üzerine etkili olan faktörler açısından değerlendirildiklerinde univariat analizlerde EGYA ile yaş, MMSE, GDÖ, MNA tarama, MNA değerlendirme, MNA toplam puanları, toplam hastalık sayısı, toplam ilaç sayısı ile korelasyon ve nütrisyon durumu, parkinson hastalığı varlığı, takipte eksitus oluşması, demans varlığı, diyabet varlığı (p=0.007) arasında anlamlı ilişki saptandı. Multivariat analizlerde ise EGYA üzerine etkili faktörler olarak sadece nutrisyon durumu, parkinson hastalığı, MMSE puanı, yaş ve DM varlığı saptandı.

Sonuç: Toplumda yaşayan yaşlılarda çok sayıda faktör ve hastalık durumunun fonksiyonellik üzerine etkisini araştırdığımız çalışmamızda sadece kötü nutrisyon durumu, düşük MMSE puanı, parkinson hastalığının varlığı (hem GYA hem EGYA üzerine etkili), diyabet varlığı ve ileri yaş (sadece EGYA üzerine etkili) olumsuz etkili faktörler olarak öne çıkmıştır. Yaşlı fonksiyonelliğinin artırılması için özellikle malnütrisyon, diyabet, demans ve parkinson hastalığı gelişiminin mümkünse önlenmesi ve uygun tedavisi amaçlanmalıdır.

P 16
İNME SONRASI DEMANS: SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİ

Banu Tamam [1], Nebahat Taşdemir [2], Yusuf Tamam[2]

[1] Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

[2] Dicle Üniversitesi Tıp fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Bu çalışmada inme geçirmiş hastalarda üç aylık bir sürenin sonunda inme sonrası demans (İSD) gelişme sıklığının saptanması ve bu tanıyı yordayan olası klinik ve sosyodemografik risk etkenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji kliniğine inme ön tanısı ile yatırılan ve yapılan değerlendirmeler sonucunda bu tanısı doğrulanan 147 hastadan, inmeden üç ay sonra tekrar değerlendirmeye gelen 106'sı (66 erkek, 40 kadın) dahil edilmiştir. Tüm hastaların ayrıntılı sistemik ve nörolojik muayeneleri, rutin laboratuar tetkikleri ve beyin görüntüleme incelemeleri yapılmış, klinik görüşme ile saptanan sosyodemografik veriler ve inmeyle ilgili klinik bulgular not edilmiştir. Hastaların işlevsel durumları Barthel İndeksi, klinik durumları NIH inme ölçeği ve bilişsel durumları standardize mini-mental durum testi (SMMT) uygulanarak hem yatış sırasında hem de yatıştan sonraki 3. ayda değerlendirilmiştir.

Bulgular: Değerlendirmeye alınan 106 olgunun 32'sine İSD (% 30.2) tanısı konmuştur. Çok değişkenli analizler, ilerlemiş yaşın, atrial fibrilasyon varlığının, beyin görüntüleme incelemelerinde birden fazla lezyon bulunmasının, yatış sırasındaki işlevsel ve bilişsel durumun İSD gelişimini anlamlı biçimde yordadığını göstermiştir.

Tartışma: Çalışmamızın sonuçları, İSD'nin inme hastalarında sık görülen bir komplikasyon olduğunu doğrulamıştır. İSD gelişimine neden olacak risk etkenlerini belirleyip erken dönemde tanıyıp tedavi etmek, bu bozukluğun topluma olan yükünü oldukça azaltacak ve hastaların yaşam kalitelerini artıracaktır.

P 17
KAYSERİ İLİ HACILAR İLÇE MERKEZİNDE YAŞLILARLA YAŞAYAN BİREYLERİN YAŞLILIK VE YAŞLI AYRIMCILIĞINA İLİŞKİN TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Şemsinnur Göçer, Prof. Dr. Osman Ceyhan
Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Dünya Sağlık örgütü (DSÖ) fizyolojik değişiklerle seyreden yaşlılık dönemini, kronolojik açıdan 65 yaş ve üzeri grup olarak kabul etmektedir .

Yaşlı ayrımcılığı terimi ilk defa 1969 yılında Amerika Ulusal Yaşlılık Enstitüsü başkanı Gerontolog Robert Butler tarafından kullanılmıştır. Yaşlı ayrımcılığı bir kişiye sadece yaşı nedeniyle gösterilen farklı tavır, ön yargı, tutum ve davranışları ifade eden bir terimdir. Yaşlı ayrımcılığı incelenirken, olumlu ve olumsuz tutumlar bir arada ele alınmaktadır. Olumlu tutumlar; sevecenlik, bilgelik, güvenilirlik, politik güç, özgürlük ve mutluluk gibi öğeleri; olumsuz tutumlar ise, hastalık, iktidarsızlık, çirkinlik, zihinsel fonksiyonlarda gerileme, mental hastalık, işe yaramazlık, izolasyon, yoksulluk ve depresyon gibi öğeleri içermektedir

Bu çalışmada Kayseri ili , Hacılar ilçesinde yaşlılarla yaşayan bireylerin, yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın örneklemini, 65 yaş ve üstü bireylerle aynı evde yaşayan 18-65 yaş arası 968 kişi oluşturmuştur. Çalışmaya katılım oranı %99.2 olarak gerçekleşmiştir. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve 2008 yılında Vefikuluçay tarafından geliştirilmiş olan Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anket formunda bireylerin sosyo- demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular ile yaşlılık kavramı ,yaşlı/yaşlılar ile yaşamaya yönelik deneyimleri ,yaşlılara yönelik duygu ve davranışlarını belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) ,yaşlının yaşamını sınırlamaya ,yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık ve yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık konularını içeren üç alt boyutlu 23 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Bireylerin YATÖ'den alabilecekleri maksimum puan"115"dir. Bireylerin YATÖ'den alabilecekleri minimum puan "23"dür.

Elde edilen veriler SPSS for Windows 15.0 bilgisayar programında; ortanca, minimum ve maksimum değerler, yüzdelik, sayılar, Kruskall-Wallis ve Mann-Whitney U testi kullanılarak değerlendirilmiştir

Bulgular:

Tablo 1.Yaşlılarla Yaşayan Bıreylerın Sosyo -Demografık Özellıklerının Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	378	39.0
Kadın	590	61.0
Medeni Durum		
Evli	804	83.1
Bekar	137	14.2
Diğer	27	2.8
Öğrenim Durumu		
Okuryazar Olmayan	14	1.4
Okuryazar	30	3.1
İlkokul mezunu	364	37.6
Ortaokul mezunu	220	22.7
Lise mezunu	225	23.2
Üniversite mezunu	115	11.9
Mesleği		
Ev hanımı	455	47.0
Memur	187	19.3
İşçi	192	19.8
Emekli	14	1.4
Serbest meslek	78	8.1
Diğer	42	4.3
Yakınlık derecesi		
Birinci Derece	461	47.6
Birinci Derece Olmayan	507	52.4

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %39.0 ını erkekler,%61.0 ını kadınlar oluşturmaktadır. Bireylerin % 83.1 i evli, %14.2 si bekar ,% 2.8 i dul olarak saptanmıştır. Bireylerin %1.4 ü okur yazar değil, % 3.1 i okur yazar, % 37.6 sı ilkokul ,%22.7 si ortaokul, % 23.2 si lise ve % 11.9 u üniversite mezunu olarak belirlenmiştir. Bireylerin %47.0 ı ev hanımı,% 19.3 ü memur,% 19.8 i işçi, % 1.4 ü emekli ve 12.4 ü serbest meslek sahibi olarak belirlenmiştir. Bireylerin %47.6'sı yaşlının birinci derece ve %52.4'ü birinci derece olmayan akrabası olarak belirlenmiştir.

Yaşlı bireylerin %31.0 ı evli, %69.0 ı dul olarak belirlenmiştir. Çalışmada yaşlı bireylerin %34.4 ü okuryazar değil ,% 29.9 u okuryazar,%31.4 ü ilkokul mezunu,% 3.0 ı ortaokul mezunu ,%0.7 si lise mezunu ve %0.6 sı üniversite mezunu olarak belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin % 13.1 nin çalışma gücü olduğu, % 86.9 unun çalışma gücü olmadığı saptanmıştır.

Yaşlı bireylerin % 62.9 unun herhangibir sağlık sorunu oldu-

ğu saptanmıştır. Ve yine herhangibir sağlık sorunu olup, bakım ihtiyacı olan yaşlı bireyler % 43.9 olarak belirlenmiştir. Yaşlı bireyin sağlık bakımının, % 36.8 aileden bir yakını, % 6.0 ının yaşlının kendisi ve %1.1 inin yardımcı tarafından yapıldığı saptanmıştır.

Tablo2.Yaşlılık Kavramının Bireylere Çağrıştırdığı İfadeler

	Sayı	%
Yalnızlık	486	50.2
Hastalık	373	38.5
Merhamet	369	38.1
Güçsüzlükmazlıkğı imının bireylere çağrıştırdığı ifadeler	303	31.3
Bilgelik	157	16.2
Bağımlılık	155	16.0
Mutsuzluk	113	11.7
Mutluluk	106	11.0
Dışlanma	85	8.8
İşe yaramazlık	62	6.4
Depresyon	23	2.4
Çirkinlik	12	1.2
Fakirlik	8	0.8

Çalışmada, yaşlılık kavramının bireylere çağrıştırdığı ifadeler; % 50.2 yalnızlık,% 38.5 hastalık, %38.1 merhamet ,%31.3 güçsüzlük,% 16.2 bilgelik , %16.0 bağımlılık ,%11.7 mutsuzluk olarak saptanmıştır.

Yaşlı ile yaşayan bireylerin YATÖ'den alabilecekleri maksimum puan"115"dir. Bireylerin YATÖ'den alabilecekleri minimum puan "23"dür. Bu araştırmada bireylerin YATÖ toplam puan ortancası 86.0, YATÖ'den aldıkları maximum puan 109.0 minimum puan ise 56.0 olduğu saptanmıştır. Araştırmada bireylerin, yaşlının yaşamını sınırlama puan ortancasının 36.50, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık puan ortancasının 33.00 ve yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık puan ortancasının ise, 17.00 olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyete göre YATÖ puan ortancalarının, erkeklerde (87.0) kadınlardan (85.0) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($p< 0.05$).

Aile tipine göre YATÖ puan ortancaları , çekirdek ailede yaşayan bireylerde (84.0) geniş ailede (86.0) yaşayan bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p< 0.05$).

Yakınlık derecelerine göre YATÖ puan ortancaları, yaşlının birinci dereceden akrabası olan bireylerde (86.0), yaşlının birinci dereceden akrabası olmayan bireylere (85.0) göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur ($p< 0.05$).

Çalışmamızda, yaşlılarla berber yaşayan bireylerin yaşı, yaşlı birey ile birlikte yaşama süresi, yaşadığı yer, öğrenim durumu , gelir durumu , ebeveyn olma durumunun ve yaşlinin sağlik sorunu olma/olmama durumunun YATÖ puan ortancalarını etkilemediği saptanmış ve yapılan istatistiksel değerlendirmede, bu değişkenler ile YATÖ puan ortancaları aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

SONUÇ:

Literatürde yaşlı ayrımcılığı; bir kişiye sadece yaşı nedeniyle gösterilen farklı tavır, tutum, yargı ve davranışları içeren çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanmaktadır.Bu nedenle yaşlı ayrımcılığı incelenirken, yaşlı bireylere yönelik olumlu ve olumsuz tutumlar bir arada ele alınmaktadır. Literatürde yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutumların; sevecenlik, bilgelik, güvenilirlik gibi öğeleri; olumsuz tutumların ise, hastalık, iktidarsızlık, zihinsel fonksiyonlarda gerileme, işe yaramazlık, izolasyon gibi öğeleri içerdiği vurgulanmaktadır

Bu çalışma da; yaşlılık kavramının bireylere çağrıştırdığı ifadeler; % 50.2 yalnızlık,% 38.5 hastalık,%38.1 merhamet ve %31.3 güçsüzlük olarak saptanmıştır. Bireyler yaşlılık kavramını hastalık ,güçsüzlük gibi olumsuz öğelerle eş tutmaktadır.

Çalışmamızda, yaşlılarla yaşayan bireylerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Bu olumlu tutumların Türk kültüründe yaşlıya saygı, yaşlıya değer verme, yaşlının deneyimlerine önem verme ve yaşlıya karşı sorumluluk hissetme gibi eylemlerin geleneksel olarak önemli bir yeri olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.
Araştırmada yaşlı ayrımcılığına ilişkin elde edilen sonuçlar göz önüne alınarak, halk sağlığı hizmetlerinde görev alan kişi, kurum ya da kuruluşlar, toplumda yaşlı ayrımcılığı konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirme sağlanabilmesi için danışmanlık ve eğitim hizmetleri planlamalıdır.

Tablo 3.Yaşlılarla Yaşayan Bireylerin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumlarını Etkileyebileceği Düşünülen Bazı Değişkenlere İlişkin Bulgular

Cinsiyet	**Sayi**	**Ortanca**	**Min**	**Max**	**z**	**p**
Erkek	378	87.0	56	109	-3.011	**0.003**
Kadin	590	85.0	58	107		
Aile Tipi						
Çekirdek	109	84	59	106	-2.093	**0.036**
Geniş	859	86	56	109		
Yakınlık Derecesi						
Birinci Derece	461	86.0	59	109	-1.998	**0.046**
Birinci Derece Olmayan	507	85.0	56	107		

S 18
YAŞLIDA MALNÜTRİSYON TANISINDA LEPTİN, IGF-1, IGFBP3 KULLANILABİLİR Mİ?

Sibel Akın, Fatih Tufan, Gülistan Bahat Öztürk, Aslı Tufan, Timur Selçuk Akpınar, Bülent Saka, Nilgün Erten, Mehmet Akif Karan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Malnütrisyon yaşlıda önemli bir sağlık sorunudur. Klinikte yaşlılarda malnütrisyon tanısında antropometrik ölçümler (baldır çevresi ve deri kalınlığı), beden kitle indeksi (BKI), mini nutrisyonel değerlendirme (MNA) testi kullanılmaktadır. Malnütrisyonun biyolojik belirteçi olarak albumin, prealbumin, transferrin, lenfosit sayımı gibi parametreler önerilmekle birlikte kullanımları sınırlıdır ve daha iyi biyolojik belirteçlere ihtiyaç duyulmaktadır. Son dönemde leptin, IGF-1, IGFBP-3'in malnütrisyonun biyolojik belirteçi olarak kullanılabileceği öne sürülmektedir.

Amaç: Çalışmamızda yaşlılarda malnütrisyon tanısında Leptin, IGF-1, IGFBP-3 gibi biyolojik paremetrelerin ilişkisini belirlemeyi amaçladık.

Metod: Çalışmamıza geriatri polikliniğimize başvuran 75 yaş üstü 62 hasta alındı. Malignite akut ve kronik enfeksiyonlar dışlandı. Sekiz saat açlık sonrası Leptin, IGF-1, IGFBP-3 çalışılmak üzere kanları alındı. MNA testi yapıldı, MNA<17 puan malnütrisyon, 17-23,5 malnütrisyon riski ve >23 normal nütrisyon olarak üç gruba ayrıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 79,9±3,48 yıl idi. Hastaların leptin düzeyi 25,73 ± 25,93 ng/ml idi. 52 hastanın IGF-1 düzeyi 103,47±55,08 ng/ml; IGFBP-3 düzeyi 2,59±0,88 µg/ml bulundu. Malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan toplam 11 hasta vardı. Malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan hastaların leptin düzeyi ile normal nütrisyonlu grubun leptin düzeyi sırası ile 23,46±19,19 ng/ml (0,38- 64,9) vs 26,27±27,44 ng/ml (0,36- 11,88 ng/ml) (p>0.05). Malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan hastaların IGF-1 düzeyi ile normal nütrisyonlu grubun IGF-1 düzeyi sırası ile 133,84±63,57 ng/ml (43,50- 261,0) vs 96,36±5,07 ng/ml (33,30- 310,0) (p=0.025). Malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan hastaların IGFBP-3 düzeyi ile normal nütrisyonlu grubun IGFBP-3 düzeyi 2,77±0,90 µg/ml (1,77- 4,50) vs 2,55±0,89 µg/ml (0,84- 4,41)(p>0.05).

Tartışma: Çalışmamızda serum IGF-1 düzeyi malnütre ve malnütrisyon riski olan olgularda normal nütrisyonlulara göre anlamlı olarak yüksek bulundu(p=0.025). IGFBP-3 malnütre ve malnütrisyon riski olanlarda normal nütrisyonlulara göre yüksek bulundu; ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi(p>0.05). Leptin malnütre ve malnütrisyon riski olan hastalarda düşüktü ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi(p>0.05).

S 19
GERİATRİK YAŞ GRUPLARINDA DÜŞME RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Hilal Özkaya,Esad Karışık,Nurullah Yücel,Hafize Doğan,Hakan Farımaz

İstanbul Büyükşehir Belediyesi İstanbul Darulaceze Kurumu

AMAÇ: Düşme,sık görülen geriatrik sendromlardan biri olup, yaşlı popülasyonda düşme riskinin ölçülmesi,riskli gruba gerekli yaklaşımı sağlarÜlkemizde düşme risk ölçeği olarak;Hendrich II ve Morse ölçekleri kullanılmaktadır.Geriatrik populasyonda yaş arttıkça bağımlılığın ve sağlık risklerinin artması nedeniyle ,geriatrik grup kendi içinde genç yaşlı (65-74 yaş), yaşlı (75-

84 yaş) ve ileri yaşlı (85 ve üzeri yaş) olarak sınıflandırılmıştır. Çalışmamızda,kurumumuzdaki 3 yaş grubunda Hendrich II düşme risk ölçeği ile risk değerlendirmesi yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Kurumumuzdaki genç yaşlı,yaşlı ve ileri yaşlı gruptan 90 kişi, 30 kişilik gruplar şeklinde randomize yöntemle seçilmiştir. Her 3 gruba Hendrich II Düşme Riski Tanılama Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekte konfüzyon 4 puan,depresyon 2 puan, boşaltım sorunları 1 puan,başdönmesi 1 puan,erkek cinsiyet 1 puan, antiepileptik kullanımı 2, benzodiazepin kullanımı ise 1 puan olarak ölçümlenir. (Hendrich ve ark. 1995, Hendrich, Bender ve Nyhuis 2003) (Tablo 1)

Tablo 1

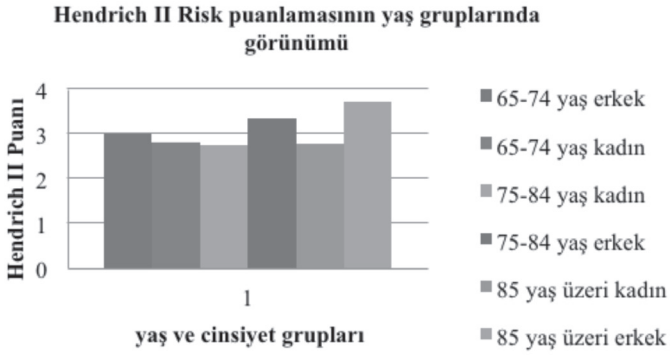
DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (HENDRİCH II)	
Konfüzyon / Dezoryantasyon	☐ **4 puan**
Semptomatik Depresyon	☐ **2 puan**
Boşaltım İhtiyacında Sorun	☐ **1 puan**
Baş Dönmesi	☐ **1 puan**
Cinsiyet (erkek)	☐ **1 puan**
Antiepileptik Grubu İlaç Kullanımı (Karbamezepin,Tegretol,Phenytoin, Eptantoin,Valporik Asit, Depakin,Pimidon, Mysoline, Lamotrigin,Lamictal,Phenobarbital,Luminal,Exhosuximid, Petimid)	☐ **2 puan**
Benzodiazepin Grubu İlaç Kullanımı (Alprazolam, Xanax,Buspiran, Buston, Chlordiazepoxid,Librium,Clonazepam, Rivotril, Clorazepatdipotasyum,Tranxilane, Diazepam,Diazem,Lorazepam, Rivotril,Midazolam,Dormicum,Oxazepam,Serapax)	☐ **1 puan**
TOPLAM PUAN	

RİSK ÖLÇÜMÜ	**puanlama**	**YAPILMASI GEREKEN FAALİYET**
Risk YOK	0-4	Haftada bir kez düşme riskini yeniden değerlendir.
YÜKSEK risk	5 ve ↑	Her gün düşme riskini yeniden değerlendir + Düşme olaylarını önleme ve İzleme Prosedürü uygula.

Düşme riski değerlendirilerek düşük(5 puan altı) ve yüksek risk grubunu(5 ve üzeri puan) belirleyip, düşmeyi önleyici planlamalar amaçlanmıştır.

BULGULAR: 65-74 yaş grubu genç yaşlıların 11'i kadın(%36,7),19'u erkek(%63,3)idi.Gençyaşlı grupta ortalama puan 2,93±1,57(0-7),kadınlarda 2,82±1,40(0-5),erkeklerde 3,00±1,70(1-7) tesbit edilmiştir.Bu durumda tüm genç yaşlı grubun düşme riski düşük bulunmuştur.75-84 yaş grubunun 21'i kadın(%70),9'u erkek(%30) bulunmuştur. Bu grubun risk puanı 2,93±1,33(1-6) bulunmuş olup kadınlarda risk 2,76±1,51(1-6),erkeklerde ise 3,33±0.70(2-4) tesbit edilmiş olup tüm grup düşük risk sınıfında bulunmuştur.İleri yaş grubu olan 85 ve üzeri grubun 23'ü kadın(%76,7),7'si erkek(%23,3) idi.İleri yaş grubunun risk puan ortalaması 3,00±1,59(0-7),kadınlarda 2,78±1,50 puan(0-6), erkeklerde 3,71±1,79 (2-7)puan bulunmuştur.(Tablo 2)Yaş ve cinsiyet grupları arasında risk puanlamasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır(p>0,05

Tablo 2



SONUÇ:Geriatrik yaş gruplarında düşme yönünden riskli grubun tesbit edilmesi,gerekli önlemlerin uygulanabilmesi açısından önemlidir.Kurumumuzdaki geriatrik yaş grubu, Hendrich II risk ölçeğine göre düşük riskli tesbit edilmiştir.

S 20
HAFİF KOGNİTİF BOZUKLUK HASTALARINDA İŞİTSEL OLAYA İLİŞKİN DELTA YANITLARI DÜŞÜK GENLİKLİ VE GECİKMİŞTİR

Pınar Kurt [1,2,3], Derya Durusu Emek[1,2,4] Görsev G. Yener[1,2,3,4], Bahar Güntekin[4], Erol Başar[4]

1 Sinirbilimler Anabilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir
2 Nöroloji Anabilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir
3 Beyin Dinamiği, Kognisyon ve Kompleks Sistemler Araştırma Merkezi, İstanbul Kültür Üniversitesi, İstanbul
4 Multidisipliner Beyin Dinamiği Araştırma Merkezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

Amaç: Hafif Kognitif Bozukluk (HKB), Alzheimer Hastalığı (AH) için önemli bir risk faktörüdür ve objektif bir biyobelirtece ihtiyaç duyulmaktadır. Olaya ilişkin osilasyonlar (OİO) bilişsel kaybı ölçmede bir araç olarak kullanılabilir. HKB'de karar verme mekanizması bozulur. Delta yanıt osilasyonları, sağlıklı bireylerde karar verme mekanizmasıyla ilişkilidir. Grubumuzun daha önceki

çalışmalarında AH'de delta osilatuar yanıt genliğinin azaldığını gösterilmiştir. Bu çalışmada, HKB hastalarının delta yanıtlarında sağlıklı bireyler ile karşılaştırıldığında yanıt genliğinin azalıp azalmadığı ve gecikme olup olmadığı araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırmada, HKB hastalarına işitsel seyrek uyaran paradigması uygulanarak OİO araştırılmıştır. 22 HKB olgusu ile yaş-, eğitim eşleşmeli 21 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. İşitsel oddball paradigması dijital filtreleme ile delta (0.5-2.2 Hz) osilatuar yanıtlarının maksimum tepe genlik ve latans değerleri ölçülmüştür. HKB ve kontrol grupları, tekrarlayan ANOVA analiziyle karşılaştırılmıştır.

Bulgular: HKB grubunda sağlıklı kontrollere göre anlamlı bir delta tepe genlik değeri düşmesi saptanmıştır [F(1.41) = 4.84, p = 0.033]. Delta yanıtları sağlıklı kontrollerde HKB grubundan F_3, F_z, F_4, C_z, C_4, P_z yerleşimlerinde %47-62 oranlarında daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında delta tepe latans farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$F(_{1.41})$=4.756; P=0.035]. T testi kullanılarak yapılan posthoc analizinde HKB grubunun delta yanıtlarında sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında $F_{3,}$ $O_{1,}$ O_z ve O_2 elektrotlarında %5 ile %18 aralığında değişen gecikme saptanmıştır.

Sonuç: Delta osilatuar yanıtların karar verme gibi bir kognitif süreçle ilgili olduğu düşünülmektedir. HKB olgularında izlediğimiz delta yanıt genliğinin düşmesi ve gecikmesi bu kognitif yetenekte azalma ve yavaşlama ile ilgili olduğunu düşündürmektedir. Bulgularımız delta osilatuar yanıtların ilerideki HKB çalışmalarında biyobelirteç adayı olarak araştırılması gerektiğine işaret etmektedir.

S 21
KOL ÇEVRESİ VE BALDIR ÇEVRESİ ÖLÇÜMLERİNİN MALNÜTRİSYON DEĞERLENDİRİLMESİNDE DUYARLILIK VE SEÇİCİLİĞİ

Yücel, N.[1], Karışık, E.[1], Özkaya, H.[1], Farımaz, H.[1], Eker, H.[2], Saka, B.[3], Karan, M. A.[3]

1 İstanbul Büyükşehir Belediyesi İstanbul Darülaceze Müdürlüğü
2 İstanbul İl Özel İdaresi AB Projeler Sorumlusu
3 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Beslenme durumunun değerlendirilmesinin amacı, malnütrisyonun erken dönemdeki belirtilerini saptamak ve organ bozukluğu oluşturmadan, mortalite ve morbiditeye neden olmadan bunları önlemektir. Yaşlılarda malnütrisyonun erken dönemde saptanmasının sağlıklı yaşam üzerine olumlu etki sağlamaktadır. Antropometrik ölçümlerin kullanılmasında maliyeti düşüktür ve yaşlıya rahatsızlık vermemektedir. Bu nedenle yaşlı popülasyonda kullanılması tercih edilmektedir. Yaşlılarda malnütrisyon değerlendirilmesinde kol çevresi ve baldır çevresi antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 1-20 Mart 2012 tarihlerinde İstanbul Darülaceze Müdürlüğüne bağlı birimlerde kalan 612 yaşlı araştırmaya dahil edildi. Günlük yaşam aktivitelerinde tamamen bağımlı olan, yatağa bağımlı yaşlılar ile tekerlekli sandalye, "walker", tripot, vb yardımcı alet kullanan yaşlılar çalışmaya alınmadı.

Çalışmaya 60 yaş üstü 348 yaşlı alındı. Herhangi bir sebeple katılamayan ve testleri tamamlayamayanların haricinde, 195 (%63,93) erkek ve 110 (%36,07) kadın olmak üzere toplam 305 yaşlı ile çalışma tamamlandı. Yaşlılara ait demografik veriler, dosyalarından ve Darülaceze Otomasyon Sisteminden elde edildi.

Beden Kitle İndeksi (BKİ) "Ağırlık (kg) / [boy(m)] ^{2}" formülü ile hesaplandı. BKİ<18.5 kg/m^2 ise zayıf, BKİ 18.5-25 kg/m^2 ise normal, BKİ 25-30 kg/m^2 ise kilolu, BKİ 30-39 kg/m^2 ise obez ve BKİ>40 kg/m^2 ise morbid obez olarak kabul edildi. MNA verilerine göre malnütrisyon (MN) var, MN riski var ve MN yok olarak sınıflandırıldı. Kol ve baldır çevresi yaşlı sırt üstü yatarken ölçüldü. Kol ölçümlerinde erkelerde 23 cm ve altı; kadınlarda 22 cm ve altı malnütrisyon ve riski; baldır ölçümlerinde 31 cm ve altı değerler malnütrisyon ve riski olarak değerlendirildi. Elde edilen veriler SPSS 11.5 paket programı ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan yaşlıların; %19,01'i 60-64 yaş arası (Bronz Kuşak), %41,31'i 65-74 yaş arası (Gümüş Kuşak), %32,13'ü 75-84 yaş arası (Altın Kuşak), %7,55'i 85 yaş üstü (Platin Kuşak) olduğu tespit edildi.

Erkeklerin; Yaş ortalaması (yıl) 71,39±7,11 (60-92), kilo ortalaması (kg) 69,07±14,82, boy ortalaması (m) 1,63±0,08, BKİ ortalaması (kg/m^2) 25,77±4,83, kol çevresi ortalaması (cm) 25,54±3,57, baldır çevresi ortalaması (cm) 34,59±6,70, MNA testi ortalaması 10,98±2,595 olarak tespit edildi.

Kadınların; Yaş ortalaması (yıl) 74,85±9,92 (60-101), kilo ortalaması (kg) 66,73±16,36, boy ortalaması (m) 1,5002±,0,08, BKİ ortalaması (kg/m^2) 29,52±6,34, kol çevresi ortalaması (cm) 27,68±4,210, baldır çevresi ortalaması (cm) 32,16±6,54, MNA testi ortalaması 9,03±3,02 olarak tespit edildi.

Beden Kitle İndeksi'ne göre; %4,59'u zayıf, %35,73'ü normal,

%31,8'i kilolu, %25,57'si obez, %2.29'u morbid obez olarak tespit edildi.

Malnütrisyon değerlendirmesinde kullanılan MNA testi puanına göre; %19,34 (n=59)'ünde malnütrisyon, %40 (n=122)'ında malnütrisyon riski; %40'65 (n=124)'inde normal bulundu. Yaşlıların MNA testine göre %59,34 (n=181)'ünde malnütrisyon ve/veya riskinin var olduğu gözlendi.

Yaşlıların kol çevresi ölçümüne göre %21,96'sında malnütrisyon ve/veya riski; baldır çevresi ölçümüne göre %38.03'ündemMalnütrisyon ve/veya riski vardı.

Kol çevresi ölçümünün MNA testine göre duyarlılığı %19,6, seçiciliği %58,5; baldır çevresi ölçümünün MNA testine göre duyarlılığı%42,8, seçiciliği %67,1 olarak tespit edildi.

Sonuç: Malnütrisyon tarama ve takiplerinin önem kazandığı hastane, huzurevi ve bakımevi gibi kurumlarda MNA testi sonuçları ile baldır çevresi ölçümünün kol çevresi ölçümüne göre daha duyarlı olduğu tespit edildi.

Anahtar kelimeler: Antropometri, Yaşlı, Malnütrisyon, Vücut Kitle İndeksi, Baldır çevresi ölçümü, Kol çevresi ölçümü

S 22
ALZHEİMER HASTALARINDA LP-PLA2 ENZİM AKTİVİTESİ İLE GEN POLİMORFİZMLERİNİN İLİŞKİSİNİN LİPİT METABOLİZMASI VE ENFLAMATUVAR SÜREÇLERE ETKİSİ

Sumru Savaş[1], Ceyda Kabaroğlu[2], Asude Alpman[3], Fulden Saraç[1], Zuhal Parıldar[2], M. Akif Yalçın[1], Emre Kumral[4], Ferda Özkınay[3], Fehmi Akçiçek[1]

[1] Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Geriatri BD
[2] Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Biyokimya AD
[3] Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik AD
[4] Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD

Amaç: Alzheimer Hastalığı (AH) için saptanmış çeşitli risk faktörleri mevcuttur. Beyinde gelişen kronik enflamasyonun AH patogenezinde önemli olduğu, hatta β-amiloid ve amiloid prekürsor proteinin (APP) oluşumuna yol açabileceği öne sürülmektedir. Son yıllarda artmış kardiyovasküler hastalık riskini belirlemede rutin kullanımda yer bulan Lp-PLA_2 enzimi yeni bir enflamatuvar belirteç olarak kabul görmektedir.

Heritabilite çalışmaları ile Lp-PLA_2 aktivitesindeki değişimlerinin % 62'si genetik faktörlere bağlıdır. Val279Phe (G>T) değişimi Lp-PLA_2 enziminin aktif bölgesinde yer almaktadır ve bu değişiklik ile fonksiyonel çalışmalarda inaktif protein oluşumu gözlenmiştir.

Bu çalışmada, birincil amaç; Alzheimer hastaları ile kontrollerde Val279Phe polimorfizmi sıklığını ve Lp-PLA_2 aktivitesi ile ilişkisini tespit etmektir. İkincil olarak ise Lp-PLA_2 aktivitesi ile sistemik enflamatuvar belirteç olarak kabul edilen TNF α, IL-6, Neopterin düzeylerinin ve lipit parametrelerinin ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya 57 Alzheimer hastası (yaş; ortalama ± SD 74.79±7.65 yıl) ile demans ve unutkanlık şikayeti olmayan 33 (yaş; ortalama ± SD 71.45±6.05 yıl) kişi dahil edildi. Tüm olgularda Total Kolesterol, LDL-Kolesterol, HDL-Kolesterol, Trigliserid günlük olarak ticari kitler ile ölçülmüştür. TNF α, IL-6, Neopterin ve Lp-PLA_2 (PLAC) çalışmaları için ayrılan serum örnekleri -80°C'de saklanmış ve ölçümlerinde Kompetitif Enzim İmmünassay yöntemi kullanılmıştır. EDTA'lı örnekler -20°C'de saklanmış ve DNA izolasyonu sonrası 4 adet primer kullanılarak allel spesifik PCR işlemi yapılmıştır.

Bulgular: Çalışma grupları arasında yaş farkı yoktu. Val279Phe polimorfizmi bakımından GG genotipi Alzheimer hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu (*$p < 0.001$).* Alzheimer grubunda sadece Neopterin düzeyleri kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulundu, sırasıyla; 6.57±5.65; 2.71±2.02 *($p < 0.001$).*

Sonuçlar: Alzheimer hastası ve sağlıklı olgularda Val279 Phe polimorfizmi için TT, GT, GG dağılımları incelendiğinde, TT genotipine sahip olmanın AH için koruyucu olabileceğini düşündürtmektedir. Bu konuda yapılacak daha geniş kapsamlı çalışmalar ile hastalığa yatkınlığa neden olabilecek bir haplotipin belirlenmesi ile risk altındaki bireylerin taranması mümkün olabilecektir.

Neopterin aktive lökositlerden salınan bir enflamatuvar belirteçtir. Bulgularımız AH patogenezinde enflamatuvar süreçlerin olduğunu savını desteklemektedir.

S 23
1 YILLIK SÜREDE ACİL SERVİSE KARIN AĞRISI ŞİKAYETİYLE GELİP HOSPİTALİZE EDİLEN HASTALARIN YAŞ GRUPLARINA GÖRE ANALİZİ

Tolga Taymaz

Amerikan Hastanesi Acil Servisi, İstanbul

Amaç: Karın ağrısı,herkesin hayatı boyunca en az bir kez deneyimlediği bir durumdur.Çok sayıda sebebi vardır ve kendi başına bir hastalık değil,bir bulgudur.Acil servise (AS) başvuru sebepleri arasında önemli yer tutar.Öncelikle cerrahi olan ve olmayanı ayırt etmek morbidite ve mortaliteyi azaltmak açısından büyük önem taşır.Yaşlı hastalarda değişen anatomik ve fizyolojik özellikler ile azalan rezerv,doğru tanı ve izlemi daha da önemli kılmaktadır.Bu çalışmada karın ağrısı ile AS'e başvurup yatırılan hastaların yaş gruplarına ve yatış tanılarına göre karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem:1 yıllık sürede nontravmatik karın ağrısı ile AS'e başvuran ve yatırılan tüm hastalar retrospektif olarak tarandı.Başvuru tarih ve saati, yaşı,cinsiyeti,ne kadar süredir ağrı olduğu, vücut kitle indeksi,laboratuar ve görüntüleme sonuçları,komorbiditeleri,kullandıkları ilaçlar,tanıları ve hastanede kalış süreleri kaydedildi.Geriatrik grup ayrıca cerrahi-medikal tedavi alan gruplar olarak ayrıldı ve kendi içlerinde karşılaştırıldı.Sonuçlar Medcalc istatistik programı ile değerlendirildi.

Sonuçlar:Bu sürede 412 hasta yatırıldı.94'ü geriatrik 317'si nongeriatrik gruptandı.Geriatrik grubun kendi içinde cerrahi tedavi alanların medikal tedavi alanlara oranı:13/79 idi. Yatan yaşlı grubun %43'ü karın ağrısının başlamasından sonraki ilk 24 saatte AS'e başvurmuştu, nongeriatrik grupta da bu oran %42 idi.Hastaneye başvuru saatlerinde ve cinsiyet dağılımında da 2 grup arasında fark yoktu (ayrıntılar tablolarda),yatan geriatrik ve nongeriatrik hastaların değerleri sırasıyla:Yaş ortalaması 76.9±7.2/ 38.9±12.6, BMI: 26.5/ 25±4.8 (p=0.14) WBC:12.3±6.3/11.8±4.4 (p=0.3),Nötrofil: 74±11.2/71.2±15.1 (p=0.09),CRP:52.1± 86.6/ 34± 60,(p=0.02) Hb:12.4± 2.3/ 13.8± 3.1 (p<0.0001) ateşi 37 üzerinde olanlar %20/%28 (p<0.0001),yatış süresi: 3.4± 3.5/ 1.7 ±1.3(p<0.0001) idi. Opere olan geriatrik hastaların medikal tedavi alanlarla karşılaştırmaları değerleri ise: Yaş:74 ±6.7/77.4± 7.1,WBC: 15.5 ±11.9/12.3± 6.6 (p=0.1),Nötrofil:77.8 ±8.5/ 73± 11.4 (p=0.1),CRP: 89 ±115,/41.7± 67, (p<0.02),Hb 12.3± 3/12.5±2.2(p=0.75),yatış süresi: 4.7± 4.4/ 2.8± 2.1 (p<0.01) gün idi.

Tartışma: Geriatrik grupta en çok yatış nedenleri barsak tıkanıklıkları,safra yolunun cerrahi gerektirmeyen problemleri,gastroenteritler ve pankreatit iken,geriatrik olmayan grupta apandisit ve akut taşlı kolesistit belirgin şekilde dikkat çekiyordu.Başvuru saatlerinin ve şikayet sürelerinin 2 grupta benzer olması,hasta grubumuzdaki yaşlıların,aile bireyleriyle sürekli yakın temasta olmalarından ve yakınma durumunda hızla hastaneye başvurmalarından kaynaklanmaktadır.Cinsiyet dağılımı literatürle uyumlu idi.

Yatan geriatrik ve nongeriatrik hastaların lökosit,nötrofil ve hemoglobin(hb) değerleri benzerdi,ancak CRP yaşlı grupta daha yüksekti,yine geriatri grupta ateş daha azdı ve yatış süresi yüksekti,son 2 bulgu da literatürle uyumludur.Hb değerlerinin benzer olması,yine iyi bakım alan bir yaşlı grubun olmasından kaynaklanabilir.Opere olan ve medikal tedavi alan geriatrik hastalarda lökosit, nötrofil ve hemoglobin değerleri yine çok benzerdi, sadece CRP, ve yatış süresi cerrahi grupta daha yüksekti,dolayısıyla başvuru sırasındaki kan değerlerinden sadece CRP bu konuda fikir verebilir.

S 24
TÜRKİYE'DE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE VERİLEN GERİATRİ HİZMETİNİN HİZMET VERENLER TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Öğr. Gör. Dr. Bilge Önal Dölek

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Elemanı

Bu bildiride; 2006–2011 yılları arasında Türkiye'de aktif olarak hizmet vermekte olan beş ayrı üniversite hastanesi geriatri ünitelerinin verdiği hizmetlerin ve bu hizmetler içerisinde ekip çalışması kavram ve olgusunun, bilim dalı başkanları ve ünite çalışanlarının görüşleri doğrultusunda değerlendirilmesine çalışılacaktır. Sözü edilen geriatri ünitelerinde verilmekte olan hizmete ilişkin bu çalışmada yapılacak olan değerlendirmeye temel olacak bulgular bildirinin yazarı tarafından; 2007 yılında başlayan ve 2011 yılında tamamlanan "Türkiye'de Üniversite Hastanelerindeki Geriatri Bilim Dallarına Bağlı Geriatri Ünitelerinde Verilen Hizmetin Sosyal Hizmet Temelinde Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmanın (Önal Dölek 2011) yürütülmesi yoluyla elde edilmiştir. Dolayısıyla bildiride sunulan bulgular, bu araştırma kapsamında geriatri bilim dalı başkanları ve ünitelerde çalışan meslek elemanları ile yapılan görüşmelere ait bulgulardır.

Sözü edilen araştırma en temelde geriatri ünitelerinde sosyal hizmet çalışanlarına duyulan ihtiyacı ortaya koymayı amaçlamıştır. Bu çerçevede bilim dalı başkanları, ünitelerde çalışan meslek elemanları, ünitelerden hizmet alan yaşlı ve yakınları nitel ve nicel araştırma yöntemleri kullanılarak görüşmeler yapılmış ve hem araştırmanın temel ihtiyacına hem de Türkiye'de geriatri alanına ilişkin çok önemli ve güncel bulgular elde edilmiştir. Bu bulgulardan yola çıkarak araştırmacı tarafından çok önemli sonuçlar ortaya konulmuş, bu sonuçlara yönelik güncel öneriler geliştirilmiştir. Ancak bu bildiride öncelikli olarak amaçlanan, bu yıllar arasında beş ayrı üniversite hastanesinde verilen geriatri hizmetinin ve var olan geriatri hizmetlerinde "ekip çalışması" kavramının ve olgusunun işlerliğine ilişkin bilim dalı başkanlarının ve ünitelerde çalışan meslek elemanlarının değerlendirmelerine yer verilmesidir.

GİRİŞ

Doğum artış hızındaki azalma, verem gibi hastalıkların neredeyse tamamının ortadan kaldırılması, kanser hastalığının tedavisinde meydana gelen gelişmeler, yaşam tarzı ve kalp hastalıkları arasındaki ilişkinin ortaya konması ve bu tür hastalıklar nedeniyle ölümlerin giderek azalmasının en genel sonucu, nüfus yapısında önemli değişikliklerin meydana gelmesidir. Sayılan etkenlere bağlı yaşanan nüfus değişiklikleri arasında en dikkat çekici olanlardan birisi de yaşlı nüfusun ve ortalama yaşam beklentisinin giderek artıyor olmasıdır.

Ortalama yaşam beklentisinin artması; birçok insanın yetişkinlikten sonra uzun bir süre daha yaşamda kalacağı anlamına gelmektedir. Dolayısıyla yaşlı nüfusun ve yaşlılık olgusunun, ekonomik, kültürel, siyasi ve sosyal boyutlarıyla birlikte artarak toplumların gündemine gelmiş ve geliyor olması kaçınılmazdır.

Yaşlılık alanı ve "yaşlılar" tartışılırken düşüncenin temelinde, yaşlıların her yaşında ayrı biçimlerde topluma kazandırılabilecek/kazandırılması gereken bireyler olarak görülmeleri esas olmalıdır. Bireylerin topluma kazandırılması diğer bir ifadeyle yeniden toplumsallaştırma söz konusu olduğunda ise bunu sağlamada tek bir mesleğin/bilimin ya da tıp/sosyal bilimlerin yeterli olamayacağı görüşünden hareketle disiplinlerarası bir yaklaşımdan söz etmek mümkündür.

Dünyada yaşlılara sunulan hizmetler ülkeler ayrımında çeşitlilik göstermektedir. Bu hizmetler arasında, yaşlıların tıbbi ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik medikal model anlayışıyla sağlık hizmetleri veren, ancak sosyal model anlayışıyla çok disiplinliliği ve disiplinlerarası çalışmayı benimseyen geriatrik hizmet birimleri de yer almaktadır.

Yaşlılığa bağlı sorunların süreç içerisinde toplumsallaşması XX. yüzyılın başlarında geriatrinin sonrasında da gerontolojinin ortaya çıkmasına ve kavramsallaştırılmasına zemin hazırlamıştır. Yüzyılın başlarında geriatri çalışmaları; tıp biliminin özel bir dalı olarak gelişmiş ve yaşlılığın patolojisi üzerine odaklanmıştır. Bunu izleyen yıllarda da yaşlanma sürecini inceleyen "gerontoloji" kurulmuştur (Emiroğlu 1983: 30).

Sözlük anlamında geriatri yaşlı bakım ve tedavisini ifade eder. Bir başka ifadeyle "yaşlı tıbbı" olarak da tanımlanabilir. Literatürde geriatri tanımları incelendiğinde bu tanım ile paralel olan bazı tanımlamaların "geriatri"yi yalnız "tıbbi-medikal" boyutta yaşlı insanlarda ortaya çıkan hastalıkları inceleyen, muayene ve tedavisiyle ilgilenen, tıbbın yaşlı hastalıkları konusunda uzmanlaşan dalı olarak açıkladıkları görülmektedir. Bu şekilde yapılan dar kapsamlı geriatri tanımlamalarının, geriatri kavramının ortaya çıktığı ve hizmetlerin yürütülmeye başlandığı XX. yüzyılın başları için isabetli olduğu muhakkaktır. Ancak 1930'lu yıllarda geriatrik hizmetin yalnız "medikal" odaklı olamayacağı bu bilim dalında uzmanlıklarını almış olan hekimler tarafından fark edilmiş ve geriatrik hizmetin ancak çok disiplinli (multidiscipliner) ve disiplinlerarası (interdiscipliner) çalışmalara dayalı olarak yürütüldüğü takdirde amacına ulaşacağı görüşü ortaya konulmuştur (Reuben 2003:783–784).

Buraya kadar anlatılanlardan yola çıkarak geriatriyi; hayatın ilerleyen yıllarında, kişilerin sağlığının korunması, hastalıklarının önlenmesi, toplumdan soyutlanmadan yaşamlarını sürdürmeleri ve çok yönlü değerlendirmelere dayalı tedaviyi hedef alan bilimsel uygulamaları içeren bilim dalı olarak da nitelendirmek mümkündür.

Bir toplumda geriatrik hizmetlerin varlığı ve niteliği, yaşlı nüfus için olduğu kadar en özelde yaşlı yakınları en genelde ise toplumun tamamı için oldukça önemli bir ihtiyaçtır. Geriatri hizmet sunumunun felsefesinde disiplinlerarası (interdiscipliner), çok disiplinli (multidiscipliner) ve disiplinlerarası geçişlilik (transdiscipliner) anlayışı vardır. Bu üç temel anlayış hizmetin niteliğinde ve etkililiğinde de belirleyicidir. O nedenle bu çalışma; geriatri hizmetini verenlerin bu üç temel yaklaşımın buluştuğu ekip çalışmasına ve geriatri hizmetinin bina, donanım ve personel açısından nicelik ve niteliğine ilişkin değerlendirmelerinin ortaya konulması açısından önemlidir. Türkiye'de geriatri alanında var olan literatür çalışmaları arasında bu tür bir değerlendirme araştırmasına rastlanmamış olması da bu çalışmaya ayrı bir önem kazandırmaktadır.

AMAÇ: Bu çalışmanın kaynağını aldığı araştırmanın amaçlarından bir tanesi; Türkiye'de beş ayrı üniversite hastanesinin geriatri bilim dalı başkanlarının ve ünitelerde çalışan meslek elamanlarının bina, donanım ve personel açısından verdikleri geriatri hizmetinin nitelik ve niceliğine ve hizmette ekip çalışması anlayışına ilişkin değerlendirmelerinin ortaya konulmasıdır. Bu amaç doğrultusunda;

Geriatri bilim dallarının başkanlarına yöneltilen soru cümleleri;

- Geriatri hizmeti ile ilgili (geriatri ve geriatrik ekip kavramları, geriatrik hizmetin mutlak unsurları) değerlendirmeleri nedir?
- Kendi bilim dallarında verilen geriatrik hizmetlere ilişkin değerlendirmeleri nedir?

Geriatri kliniklerinde çalışan meslek elemanlarına yöneltilen soru cümleleri;

- Çalıştıkları bilim dalında verilen geriatrik hizmetlere ilişkin (bina, donanım, personel unsurları çerçevesinde) değerlendirmeleri nedir?
- Ekip çalışmasına ilişkin düşünceleri nelerdir?

YÖNTEM: Bu çalışmanın dayandırıldığı araştırma bir değerlendirme araştırması örneğidir. Değerlendirme araştırmalarında iki tür değerlendirme yaklaşımı söz konusudur. Bunlar sürece ilişkin değerlendirme (formative evaluation) ve sonuca ilişkin değerlendirme (summative evaluation) dir (Rossi 1999; Neuman 1999: 27–30; Marlow 1998: 85–131; Rubin ve Babbie 1997: 546–582; Weiss 1972). Sürece ilişkin değerlendirmede program yönetimi için sürecin izlenmesi veya program hakkında geri bildirimler alınması amaçtır. Buna karşılık sonuca ilişkin değerlendirmede programın başarısı –sonuçları- değerlendirilir (Neuman 1999: 28; Weiss 1972). Bu çalışmada bilim dalı başkanlarının ve meslek elemanlarının sürece ilişkin geribildirimleri alınmış ve çalışılmıştır. O nedenle değerlendirme araştırmasının sürece ilişkin değerlendirme şekli çalışmaya temeldir.

Rubin ve Babbie'ye (1997: 557) göre süreç değerlendirilmelerinde nicel yaklaşım kullanılabileceği gibi nitel yaklaşım ya da her ikisi birden kullanılabilir. Bu görüş ile paralel olarak, araştırmada sürece ilişkin geribildirimler almak üzere gerçekleştirilen uygulama çalışması nitel yaklaşım kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada iki ayrı veri aracı kullanılmıştır. Bunlar:

1- Geriatri bilim dalı başkanlarıyla yapılan derinlemesine görüşmelerde kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formu: araştırmacının kendisi tarafından hazırlanmıştır ve tez izleme komite üyelerinin onayından geçmiştir.

2- Geriatri bilim dallarında çalışan meslek elemanlarıyla yapılan derinlemesine görüşmelerde kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formu: birinci aşamada yapılan derinlemesine görüşmelerin çözümlenmeleri sonrasında elde edilen sonuçlar çerçevesinde ve literatür desteğiyle araştırmacının kendisi tarafından hazırlanmıştır ve tez izleme komite üyelerinin onayından geçmiştir. Bu onayın ardından, görüşme formları bilim dalı başkanlarının kendi isteği doğrultusunda e-mail yoluyla kendilerine gönderilmiş ve kendilerinin sözlü onayları alınmıştır.

Bu çalışmaya konu olan veriler iki ayrı aşamada toplanmıştır. Birinci aşamada; Türkiye'de aktif olarak hizmet verdiği belirlenmiş olan altı üniversite hastanesinin **geriatri bilim dalı başkanlarıyla**; geriatri alanına ve bilim dallarında verilen hizmete ilişkin bilgi edinmek amaçlı **yarı yapılandırılmış görüşme formları** kullanılarak yüz yüze görüşülmüştür. Görüşmeler, bilim dalı başkanlarının kendi odalarında, ses kaydı ve gözlem notları almak yoluyla, ortalama 55 dakika olarak gerçekleştirilmiş ve en kısası 45 dakika, en uzunu 1 saat 15 dakika sürmüştür. Bu görüşmeler 21.01–07.07.2008 tarihleri arasında, üç ayrı ilde altı bilim dalı başkanı ile görüşmek suretiyle gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada toplam altı veri kaynağı ile görüşülmüştür. Üç ayrı ilde ve altı ayrı hastanede planlanmış olmasından dolayı bu süreç, beş buçuk aylık bir zaman aralığında tamamlanabilmiştir.

Veri toplama sürecinin ikinci aşaması; iki ayrı ilde bulunan beş üniversite hastanesindeki geriatri bilim dallarına bağlı geriatri ünitelerinde çalışan **meslek elemanlarıyla**, birinci aşamada toplanan veriler doğrultusunda hazırlanmış olan **yarı yapılandırılmış** "meslek elemanı görüşme formları" kullanılarak, yüz yüze gerçekleştirilen görüşmelerdir. Görüşmeler mümkün olduğunca meslek elemanlarının (varsa) kendi odalarında ya da birebir görüşme yapmaya uygun olan herhangi bir odada, ses kaydı ve gözlem notları almak yoluyla, yine ortalama 50 dakika olarak gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin en kısası 40 dakika, en uzunu 60 dakika sürmüştür. Bu görüşmeler 03.11.2008–10.07.2009 tarihleri arasında Ankara'daki üç İstanbul'daki iki ayrı hastanede gerçekleştirilmiştir. Beş ayrı hastanede bilim dalı başkanları hariç 33 olan toplam meslek elemanından 25'ine ulaşılmıştır.

BULGULAR ve SONUÇ:

Bilim Dalı Başkanlarının Geriatrik Hizmet Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, geriatri bilim dalı başkanlarının, genel bir kavram olarak "geriatrik hizmet"e ilişkin değerlendirmeleri sonucunda elde edilen bulgulara ve yorumlarına yer verilmiştir.

Bulgular sırasıyla sürdürülmekte olan geriatrik hizmetler ve ekip çalışması kavramlarına ilişkin olarak sunulmuş ve yorumlanmıştır.

Öncelikli olarak bilim dalı başkanlarının personel niteliği ve ekip çalışması açısından çalıştıkları geriatri ünitelerinde verilen hizmete ilişkin görüşleri ortaya konulacaktır.

Bilim dalı başkanları ile yapılan görüşmelerde kendilerinden **verdikleri hizmeti değerlendirmeleri** istenmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda; Türkiye'de üniversite hastaneleri bünyesinde verilen geriatri hizmeti sürecinde personel niceliği açısından sayıca ve nitelik olarak yetişmiş meslek elemanı eksikliği olduğu vurgulanmıştır. Ekip çalışması boyutunda ise, her ne kadar geriatri ünitelerinde tam zamanlı ekip elemanları yoksa da eldeki bulgulardan bünyesinde hizmet verdikleri hastanenin imkanları içerisinde bir ekip çalışması yürütmeye çalıştıkları anlaşılmaktadır. Aşağıdaki ifadeler bu sonuçlar açısından destekleyicidir.

"…biz burada yaşlının sadece yaşlılık hastalıkları ile çalışıyoruz ama bu tek başına asla yeterli değil, tabii ki geriatri bir bütündür, sosyal, psikiyatrik, beslenme… Fizik tedavinin yapacağı yalnızca geriatrik rehabilitasyondur, hiçbir zaman geriatrist olamazlar. Sosyal hizmet bu multidisipliner anlayışta olmazsa olmaz meslek grubudur…" (Kadın, 62, İstanbul).

"*Hastanenin geriatri bilim dalına özel bir disiplinler arası kadrosu yok. Bu bölümde kadrolu çalışan yalnız hekim var, hemşire arkadaşlar dahi rotasyon usulü geliyorlar tam adapte olmuşken başka bir bölüme geçiyorlar. Geriatri bilim dalı olarak poliklinik hastası görmüyoruz, bize yönlendirilen hastalara geriatrik muayeneden sonra klinik hizmeti veriyoruz. Dolayısıyla söylediğiniz bu başlıklar açısından burada verilen hizmet aslında çok da olması gerektiği gibi değil. Ancak bu bir süreçtir. Şu an beklenen "bir aşama" var, bu aşama kaydedildikten sonra işleyişin doğru yönde değişeceğine inanıyorum*" (Kadın, 41, Isparta).

"*…biz burada disiplinlerarası bir anlayışla hastalara müdahale etmeye çalışıyoruz ancak şu an için işleyişte önemli bir takım aksamalar var. Örneğin gelen yaşlının ilk önce bir sosyal hizmet uzmanı ile görüşmesi, bu görüşmede uzmanın yaşlının öncelikli problemlerini kendi ifadelerine dayanarak belirlemesi, sonrasında da biz sağlık personelinin ve uzmanın havale edeceği diğer meslek elemanlarının gerekli hizmeti vermesi biçiminde geriatri hizmetinin yürümesi gerekmektedir. Şu anda bize gelen yaşlılar ilk önce hemşireler ile görüşmektedirler*" (Erkek, 61, Ankara).

Geriatrik hizmet, **ekip çalışmasına** dayalı yürütülen ve yürütülmesi gereken bir hizmettir. Bu doğrultuda ideali, Türkiye'de verilen geriatrik hizmetlerin de bu çerçevede yürütülüyor olmasıdır. Ancak günümüz koşullarında, araştırmanın amaçları doğrultusunda üniversite hastaneleri bünyesinde yürütülen bu hizmetlere bakıldığında, ideal olarak olması beklenen ekip çalışmasının buralarda gerçekleştirilemediği görülmektedir. Esasen tüm bilim dalları, teoride disiplinlerarası ve çok disiplinli çalışma anlayışına dayalı ekip çalışmasını benimsemektedir. Ancak farklı nedenlerden dolayı hâlihazırda buralarda verilen geriatri hizmetleri yalnız *"eldeki olanaklar içerisinde"* yürütülmektedir.

Bilim Dalı Başkanlarının Geriatrik Hizmette Ekip Çalışmasını Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular

Beş ayrı üniversite hastanesinin geriatri bilim dalı başkanlarının ekip çalışmasına ilişkin bakış açılarını ve ünitelerinde verilen hizmeti "ekip" bağlamında nasıl değerlendirdiklerini aşağıdaki ifadelerinde görmek mümkündür:

"Geriatrik ekipte tam zamanlı çalışması gereken meslek elemanları geriatri hekimi, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist ve diyetisyendir. Ancak ne yazık ki burada tam zamanlı hizmet veren geriatri ekibimizde yalnız dahiliye hekimleri ve hemşireler birlikte çalışmaktadır. Bu durumda verdiğimiz hizmetin sosyal boyutu ve rehabilitasyon boyutu eksik kalıyor…" (Kadın, 62, İstanbul).

"Geriatrinin felsefesi ekip çalışmasına dayanıyor. Ancak geriatride tam zamanlı çalışan meslek elemanlarından oluşan bir ekip oluşturmak şu anda bizim hastanemiz koşullarında mümkün olmuyor. Biz de hastane de çalışan sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve fizik tedavi uzmanı arkadaşlarımızdan yarım zamanlı destek aldığımız (haftanın bir ya da iki tam/yarım günü, ya da ihtiyaç duyulduğu zaman), içerisinde bizim tam zamanlı çalışan geriatri hekimi arkadaşlarımızın ve tek hemşiremizin de olduğu bir ekiple çalışmalarımızı devam ettirmeye çalışıyoruz…" (Erkek, 61, Ankara).

Geriatrik hizmet sunumunda, yaşlının sorunlarına (fizyolojik, psikolojik ve sosyal) ilişkin geriatrik ekip değerlendirmesi gerekmektedir. Ancak Türkiye'de üniversite hastaneleri bünyesindeki geriatri hizmetlerine bakıldığında, hizmetlerin, gerek geriatri alanında yetişmiş uzman meslek elemanı yetersizliği gerekse hekim ve hemşire dışında tam zamanlı çalışan meslek elemanının olmaması gibi nedenlerden dolayı çoğunlukla ve ağırlıklı olarak fizyolojik sağlık sorunları çerçevesinde yürütüldüğü bilgisine ulaşılmıştır.

Gerek görüşmelerde alınan cevaplar gerekse bu cevaplardan elde edilen sonuçlar dikkate alındığında görülen o ki, Türkiye'de üniversite hastaneleri bünyesinde verilen geriatrik hizmetler, uygulamada büyük ölçüde medikal model odaklı yürütülüyor olsa da, halihazırda hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu ve bu konuda yetkili olan bilim dalı başkanlarının yaşlı bireyi içerisinde bulunduğu çevre ve yaşam koşulları çerçevesinde değerlendirmeyi öngören sosyal model odaklı bakış açılarına sahip oldukları görülmektedir. Var olan geriatrik hizmetlerin kısıtlılıklar içerisinde dahi bu bakış açısıyla yürütülmeye çalışılıyor olması, hizmetlerin olması gerekene ulaşması yolunda umut vericidir.

Meslek Elemanlarının Çalıştıkları Geriatri Ünitesinde Verilen Hizmete İlişkin Değerlendirmeleri

Bu bölümde meslek elemanlarının, çalıştıkları geriatri ünitelerinde verilen hizmeti; bina, donanım, personel unsurlarını dikkate alarak yaptıkları değerlendirmelere ve bu üç unsur çerçevesinde hizmete ilişkin genel değerlendirmelerine ait bulgulara ve yorumlara yer verilmiştir.

Türkiye'de geriatri hizmeti veren üniversite hastanelerinin geriatri ünitelerinin uygulamaları arasında, bir hafta içerisindeki poliklinik gün ve saatleri, tam zamanlı çalışan meslek elemanlarının kimler olduğu vb. boyutunda belirgin farklılıklar ortaya çıkmıştır. Ancak ortak noktalarından bir tanesi, her birinin sahip olduğu koşulların **bina unsuru** dikkate alınarak değerlendirildiğinde oldukça yetersiz olmasıdır. Bu yetersizlik, hem yaşlı hastaların aldığı hizmet açısından, hem çalışan personel açısından, hem de geriatrik hizmette gözetilmesi gereken "ideal" işleyiş açısından söz konusudur. Bina unsuru açısından koşulların yetersizliği, farklı boyutlarda da olsa, beş ayrı üniversite hastanesi için de geçerlidir.

"Burası diğer üniversitelere bakıldığında alan olarak ayrı ve büyük olması açısından farklıdır. Ancak var olan bir binanın geriatri polikliniğine dönüştürülmesi söz konusu olduğu için elbette ki yeterli değil. Çünkü yaşlılar ve onların özellikleri düşünülerek inşa edilmiş bir bina değil…" (Kadın, Psikolog, 47, Ankara).

"Burada geriatriye ait bir poliklinik olmaması bizim için çok kötü ve sıkıntılı bir durum. Geriatriye çok talep var ama poliklinikte yer olmadığı ve başka branşların polikliniklerini kullanmak zorunda kaldığımız için iki yarım gün poliklinik (ayakta muayene) yapabiliyoruz…" (Kadın, Dr., 31, İstanbul).

Bina unsuru açısından geriatri ünitelerinde sıklıkla dile getirilen temel yetersizlik; ünitelerin ve buralarda verilen hizmetin yaşlıların ihtiyaçları ve fiziksel durumları düşünülmeksizin düzenlenmesi ya da bilinen eksikliklerin ve aksamaların giderilememesidir. Bazı meslek elemanları bu konuya, verdikleri şu yanıtlarla dikkat çekmişlerdir:

"Yeterli değil, her odada lavabo olmalı, odalar tek kişilik olmalı ve refakatçiler için yer olmalı, tutamaç olmalı. Hastaların yatakları çok yüksek, hemşire çağırma zili çok yukarıda. Genel tuvalet olmamalı, wc'ler hem alaturka hem normal olmalı" (Kadın, Hemşire, 40, Ankara).

"Oldukça yetersiz buluyorum. Hastaların bir arada oturup birbirleriyle sohbet edebilecekleri bir ortam yok. Hasta yataklarının boyları çok yüksek, yataklar yaşlılara göre düzenlenmeli ya da yenilenmeli. Yatak sayısı hizmet alan yaşlı açısından yeterli fakat çalışan eleman sayısına göre fazla. Keşke tüm odalar tek kişilik olabilse ya da çalışan meslek elemanı sayısı özellikle de hemşireler için arttırılabilse çok daha iyi olacaktır. Ayrıca yaşlı hastamızın pek çok farklı yere gitmesi gerekiyor, örneğin radyolojiye, örneğin fizik tedaviye. Bizim merkez olarak binamız kötü. Diğer birimlere uzak ve asansörlerimiz sürekli bozuluyor,." (Kadın, Hemşire, 41, İstanbul).

Bir diğer değerlendirme unsuru ünitelerin sahip oldukları **donanım**dır. Meslek elemanlarının bazıları çalıştıkları geriatri ünitelerinde bugünün koşulları ile var olan teknik araç-gereç ve donanımın yeterli olduğunu düşünmektedir. Ancak, geriatri hizmetlerinin geliştiği ve olması gerektiği gibi uygulanmaya başlandığı zaman, ünitelerinde donanım konusunda nicelik ve nitelik olarak bir takım sıkıntılar ve yetersizlikler yaşanabileceğine dikkati çekmektedirler.

"Bu konuda bir sıkıntı yaşanmıyor, kaynakların bugün için yeterli olduğunu düşünüyorum. Ancak sonrasını bilemiyorum…" (Kadın, Hemşire, 26, İstanbul).

"Yatak açısından yetersiz, ayrı bir yatağımız yok, malzeme olarak şu an için eksik yok gibi ama zaman içerisinde hizmet oturdukça bu eksikliklerin çıkacağını düşünüyorum. Şu anda da teknik eksiklikler olduğunu düşünüyorum" (Kadın, Hemşire, 32, Ankara).

"Sayıca tamam ama nitelik yani teknolojik olarak daha çağdaş ve güncel olmaları sağlanabilir" (Kadın, Dr.,50, İstanbul).

Geriatri ünitelerinin sahip oldukları donanıma ilişkin ihtiyaç ve aksaklıklar, hastanelerin döner sermayeleri tarafından karşılanmaktadır. Dolayısıyla döner sermayeden ayrılan oran karşılığınca ihtiyaçlar karşılanabilmektedir. Bazı durumlarda bağışlarla da ihtiyaçların karşılandığı bilgisine ulaşılmıştır.

Öncelikle tüm meslek elemanları tarafından vurgulanan en

temel bulgu, beş ayrı geriatri ünitesinin tamamında var olan **personel eksikliği ve ihtiyacı**dır. Geriatri ünitelerinde çalışan meslek elemanlarının temel sorunları arasında; kendi sorumlulukları arasında olmayan pek çok hizmeti vermek durumunda kalmalarından ortaya çıkan ve tükenmişliğe sürükleyen iş yükü, hakları olan izinlerini kullanamıyor olma, belli konularda ve zamanlarda ortaya çıkan hizmet içi eğitim ihtiyacının karşılanamaması, ihtiyaç olduğunda farklı disiplinlere ulaşamama öncelikle yer almaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu sorunların kaynağının, geriatri ünitelerinde çalışacak **tam zamanlı personel eksikliği** olduğu sonucuna varılmıştır. İfade edilen personel eksikliği ve ihtiyacını ortaya koyan birkaç ifade aşağıdadır:

"…Öte yandan burada bu grubun da gücünü aşan ve onları tükenmişliğe götürecek bir iş yükü var. Hastaların kaldırılıp yatırılmasında, indirilip çıkartılmasında yardımcı eleman gerekiyor, peki bu işleri buradaki yardımcı elemanlar üstlenince temizliği kim yapacak? Meslek elemanları olarak da; hemşire sayısı yeterli değil, bunun yanında da sağlığın sosyal boyutundan söz ettiğinizde de bir sosyal hizmet uzmanı mutlaka gerekli. …bir tek psikolog olunca yeri geldiğinde sizin işlerinizi ben üstlenmek durumunda kalıyorum ya da hemşire ve doktor arkadaşların üstlenmesi gerekiyor. Bu da her birimiz için ayrı birer iş yükü demek oluyor" (Kadın, Psikolog, 47, Ankara).

*"Öncelikle yalnız hekim ve hemşire ile çalışmamıza rağmen bizlerin dahi sayıları yetersiz. Buna ek olarak aynı anda çalışma fırsatını hiç bulamadığımız sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve diyetisyen ihtiyacımız açık ve acil. Bir dönem birlikte hatta aynı klinikte çalıştığımız fizik tedavi uzmanlarımız vardı ancak uzun süredir onlar da geriatri ekibi içerisinde sürekli olarak yer almadığından şimdi onlara da ihtiyacımız var. Personel ile ilgili temel bir diğer problem "eğitim". Burada çalışan ya da çalışmaya aday tüm meslek elemanlarının belli bir düzende pek çok konuda, ama özellikle **iletişim genelinde yaşlı hasta ile iletişim** ve **ekip çalışması** konularında bu konuyu bilen meslek elemanları tarafından eğitilmeleri gerektiğine inanıyorum…"* (Kadın, Dr.,50, İstanbul).

Meslek elemanları tarafından üniteler bünyesinde ihtiyaç duyulduğu ifade edilen personeli söylenme sıklığına göre şu şekilde sıralamak mümkündür; sosyal hizmet uzmanı (15), hemşire (11), fizyoterapist (9), diyetisyen (7), psikolog (6), doktor (6), hastabakıcı (5), konuşma terapisti (1) ve posta (1). Bu rakamlardan da anlaşılacağı üzere geriatri ünitelerinde eksikliği hissedilen ve çalışmasına ihtiyaç duyulduğu en sık ifade edilen meslek elemanı sosyal hizmet uzmanıdır.

Görüşülen meslek elemanının tamamı, her ne kadar personel unsuru açısından eksiklikler ve ihtiyaçlar varsa da, halihazırda çalışan tüm personelin insanüstü çaba vererek yaşlılara verilen sağlık hizmetine en yüksek düzeyde katkı verdiği konusunda aşağıdaki örnek ifadeden de anlaşıldığı üzere hemfikirdir:

"Hizmet kalitesi olarak çok iyi, çünkü burada çalışanlar gerçekten çok özverili ve severek çalışıyorlar, hatta buradan hizmet alan hastalar buradaki personelin özel olarak seçilip seçilmediğini soruyorlar…" (Kadın, Psikolog, 47, Ankara).

Meslek elemanlarının çoğunluğu çalıştıkları ünitede verilen hizmetin, üç temel unsur (bina, donanım ve personel) çerçevesinde değerlendirildiğinde ve ülke geneline bakıldığında hizmet kalitesinin ortalamanın üzerinde olduğunu savunmuşlardır.

Geriatrik hizmetin, hizmeti veren ünitede/birimde/kurumda/kuruluşta tam zamanlı çalışan ve farklı meslek elemanlarından oluşan bir geriatrik ekibin disiplinlerarası ve çok disiplinli bakış açısını benimseyen bir yaklaşımla çalıştığı bir sisteme dayalı olduğu bilinmektedir. Bu tanımlamadan hareketle, bugün itibarıyla Türkiye'de aktif hizmet veren bu beş ayrı geriatri ünitesinin hiçbirisi bu şekilde bir hizmet sunumu fırsatına sahip değildir. Bir meslek elemanının verdiği kapsamlı yanıt bu bulguyu desteklemektedir:

"…sonuç olarak biz Türkiye'de oldukça iyiyiz ama dünya standartları açısından olması gerekenden çok geriyiz. Örneğin Amerika'da … Burada hekimler olarak biz hastayı çok yönlü olarak değerlendirmeye çalışıp, hastanın ihtiyacına göre diğer ekip elemanlarına yönlendirmek gibi bir uygulamamız var. Aynı anda aynı seansta hastayı birlikte değerlendirmek gibi bir uygulamamız ve bu çerçevede oturtulmuş bir sistemimiz yok. Böyle bir oluşumdan şu an için çok uzağız. Biz de, tüm Türkiye de…" (Erkek, Dr.,33, Ankara).

Yataklı (klinik hizmeti) hizmet vermekte olan ünitelerin meslek elemanları bu durumun kendileri için olumlu yönde fark yarattığını aşağıdaki örneklerde olduğu gibi ifade etmektedir:

"Meslek elemanı yetersizliği ve koşulların kötülüğüne rağmen yataklı olması temelinde genele bakıldığında oldukça iyi hizmet verdiğimizi düşünüyorum" (Kadın, Hemşire, 40, Ankara).

Kendilerine ait bir klinikleri olmayan ünitelerin meslek ele-

manları ise bu durumun genel değerlendirme açısından hizmetleri olumsuz etkilediğini düşünmektedir:

"Genel olarak iyi ve yeterli olduğumuzu düşünüyorum. Geriatrinin daha ulaşılabilir ve bağımsız bir birim gibi hatta küçük bir hastane gibi olması gerekiyor. Çünkü burada yapmak istediğinin belli bölümünü yapabiliyorsun, kendimize ait bir kliniğimiz yok, her istediğimiz an hastamızı yatıramıyoruz. Ayrıca burada çok fazla servis var ve yaşlı hastaları ihtiyaçlarına göre kendi bünyemizde bağımsız bir hizmet veremediğimizden onları diğer servislere yönlendiriyoruz, o andan itibaren "yaşlı hasta"dan yani bizim hastamızdan doğal olarak diğer servislerin hemşireleri sorumlu oluyor. Dolayısıyla ben o ana kadar yaptığım müdahalenin ya da çalışmanın devamını kendim getiremiyorum. Tam da bu noktada diğer servislerdeki hemşire arkadaşlarımla çakışıyorum, hastam üzerinde daha hakim olabileceğim bir çalışma alanım olmasını istiyorum. Bu noktalarda kendim açısından sıkıntılı buluyorum. Aslında bu nedenden dolayı senin bu çalışman akademik anlamda biz alanda çalışanlara önemli bir destek sağlayacak" (Kadın, Hemşire, 32, Ankara).

Meslek elemanlarının ortak bir diğer değerlendirmeleri ise çalıştıkları geriatri ünitelerinin koşullarının iyileştirilmesi ve olması gereken şekilde hizmet vermelerinin sağlanması durumunda, var olandan çok daha iyi ve nitelikli hizmet verileceğidir.

"… geriatri imkanlarının daha iyi olması durumunda çok daha iyi hizmet verebilecek bir yer ... Özetle imkanlarımız biraz daha geliştirilip biraz daha desteklenirsek … çok iyi geriatri hizmeti vereceğini biliyorum" (Kadın, Hemşire, 39, İstanbul).

Meslek Elemanlarının Geriatrik Hizmette Ekip Çalışması Anlayışına İlişkin Değerlendirmeleri

Meslek elemanlarından, bu değerlendirmeyi; birlikte çalışıyor oldukları meslek gruplarının hangileri olduğu ve farklı meslek gruplarından ekip çalışması içerisindeki beklentilerinin neler olduğu çerçevesinde yapmaları istenmiştir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda meslek elemanlarının ekip çalışması sırasında farklı meslek gruplarından temel beklentileri **herkesin üzerine düşeni yapmasıdır**. Burada üzerine düşen ile anlatılmak istenen; etik sorumluluklara duyarlı olunan, uyumlu çalışılan, mesleki sorumlulukların bilincinde olunduğu, mesleki sınırların farkında olunduğu, sistematik çalışılan, eşgüdümlü, bilgilendirmenin esas olduğu, iş yükünün özverili biçimde paylaşıldığı, doğru iletişim kalıplarının kullanıldığı ve zamanında müdahalenin esas olduğu bir ekip çalışmasıdır. Bu özelliklerin ve beklentilerin bir ya da birkaçını içeren bazı örnek ifadeler şunlardır:

"Uyum, özveri, doğru iletişim, etik kurallara uyma, bütün personelin empati yapabilmesi ve işbirliği…" (Kadın, Hemşire, 36, Ankara).

"Çok disiplinli ve disiplinler arası yaklaşım çerçevesinde etik kurallara bağlılık, işbirliği, empati, görüş alışverişi, bilgilendirme, mesleki eğitimlere katılımın sağlanması, mesleki sınırların bilincinde olunması…" (Kadın, shu, 37, Ankara).

Ekip çalışmasında, farklı meslek gruplarının kendi sınırlarını bilmesi ve görev tanımlamalarının dışına çıkmaması önemlidir. Ancak bir geriatri ünitesinde olması gereken tüm meslek gruplarının olamadığı durumlarda, hizmet alanların taleplerini karşılamaya çalışmak amaçlı görev tanım ve sorumlulukları dışına çıkılmak zorunda kalınabilir. Nitekim araştırmanın yapıldığı beş ayrı geriatri ünitesinde de bu tür durumlar sıklıkla yaşanmaktadır. Aşağıdaki cümlelere bu durumu ortaya koyan güzel bir örnektir:

"…hemşireler yalnız yaşlı hasta ile iletişimde olmalılar, ancak demans vb, gibi hastaya ulaşmanın mümkün olmadığı durumlarda, hastanın sağlık durumuna ilişkin bilgiyi almak için aileyle de görüşürüz. Zaten yurt dışında daha doğrusu benim gördüğüm örneklerde herkesin çalışma alanı ve sınırları belli, herkes hastayı görüp değerlendirmelerini yapıp, daha sonra rutin zamanlarda toplantılar yaparak karşılıklı görüş alışverişinde bulunuyorlar. Gerekli durumlarda birbirlerine yönlendirme (havale) yapıyorlar. Burada ayrı meslek elemanları olmadığından herkesin sınırları da belli değil…" (Kadın, Hemşire, 33, Ankara).

Ekip çalışmasının yalnız ekip elemanları boyutunda değil, ekibin vereceği hizmeti alacaklar boyutunda da değerlendirilmesi yönünde aşağıdaki ifade örnektir:

"En temelde hastalara karşı empati yapabilmelerini isterim, empatiyi hem eğitsel olarak almış olmaları hem de insan olarak içselleştirmiş olmalarını beklerim .." (Erkek, Dr., 39, İstanbul).

Ekip çalışmasının gerçekleştirilmesinde koordineli çalışmak ekibin hizmet sunumunda belkemiklerinden bir tanesidir. Aşağıdaki örnek bu noktaya vurgu yapması açısından önemlidir:

"Birlikte çalışmada düzenli olarak yürütülecek olan vaka tartışmalarında yaşlı hakkındaki düşüncelerimizin ortak bir görüşte olması, buna paralel olarak hepimiz arasında belli bir standardın olması temel beklentim. Bir diğer beklentim de her bir meslek grubunun verdiği hizmete ilişkin diğer meslek gruplarını bilgilendirmesi, geriatri hizmetinin bilgilendirmeye dayalı yürü-

tülmesidir. Özet olarak geriatri ekibinin her konuda koordineli çalışması temeldir" (Kadın, Dr., 50, İstanbul).

Altmış beş yaş üstü yaşlılara sunulan geriatrik hizmet sistemi içerisinde çalışırken, yaşlıların özel bir nüfus grubu olmasından dolayı gönüllülük esas olmalıdır. Bu önemli noktaya işaret eden ve dikkati çeken bir örnek ifade de şudur:

"Geriatri ile ilgilenmelerini bekliyorum, geriatriye gönül vermiş meslek elemanlarının bize katılmasını bekliyorum. Katılımcı ve işbirlikçi olmalarını bekliyorum…" (Kadın, Dr., 33, İstanbul).

Son Söz…

Geriatrik hizmet mutlak suretle ekip çalışmasına dayalı bir hizmettir. Bir arada koordineli, disiplinlerarası (interdiscipliner) ve çoklu disiplinli (multidiscipliner) anlayışlar temelinde çalışan bir ekip olmaksızın yürütülecek olan geriatri hizmeti tam olarak amacına ulaşmayacaktır. Öte yandan Türkiye'deki beş ayrı üniversite hastanesi bünyesinde aktif olarak yürütülen geriatri hizmetleri, gerek geriatri alanında yetişmiş uzman meslek elemanı yetersizliği gerekse hekim ve hemşire dışında tam zamanlı çalışan meslek elemanının olmaması nedeniyle tam bir ekip çalışması temelinde hizmet sunamamaktadır.

Geriatri ünitelerinde, geriatrik ekibin mutlak unsurları olan tüm meslek elemanlarının (doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, fizik tedavi uzmanı, diyetisyen ve psikolog) tam zamanlı çalışamıyor olmasından dolayı geriatrik hizmetler **ağırlıklı** olarak **yalnız fizyolojik sağlık** sorunları odaklı yürütülmektedir. Bu durum yaşlı bireylerin ve yakınlarının tedavi sürecini öğrenme, kabullenme ve sürdürme aşamalarında sorunlara neden olmaktadır.

Yapılan tüm değerlendirmeler, geriatri ünitelerinde verilen hizmetin kalitesinin ve yeterliliğinin bina unsuruna ilişkin yetersizliklerden olumsuz etkilendiği yönündedir. Geriatri hizmetinin yüksek kalite ile yaşlıya sunulabilmesi için; poliklinik ve kliniklerin bina boyutunda tüm yapılanmasının yaşlıların özellikleri ve ihtiyaçları dikkate alınarak düzenlenmesi, yaşlının muayene ve tedavi süreçlerinde ihtiyaç duyacağı tüm birim/merkezlerin geriatri hizmet binası içerisinde bulunması gerekmektedir. Binaya ilişkin bu tür düzenlemelerin yapılması, geriatri hizmetini veren meslek elemanlarının daha etkili ve pratik çalışmalarına ortam sağlanmasını ve daha çok yaşlının bu hizmetten faydalanmasını sağlayacaktır.

Geriatrik hizmet sunumunda, geriatrik ekipte yer alması gereken tüm meslek elemanlarının kadrolu ve tam zamanlı çalışabiliyor olmasının, hizmetin mutlak unsurları arasında öne çıktığı görülmüştür. Bu temel unsurla birlikte, hizmetin uygun bir mekanda ve uygun olanaklar içerisinde yürütülmesi, geriatri ünitelerinin tamamının poliklinik (ayaktan tedavi) hizmetinin yanı sıra kendilerine ait bir klinik aracılığıyla (yataklı tedavi) bu hizmeti de verebilmesi, tüm geriatri personelini kapsayan düzenli hizmet içi eğitimlerin yürütülmesi ve makro düzeyde geriatri hizmetine yapılacak yatırımlar **geriatri hizmetinin mutlak unsurları** olarak ortaya çıkmaktadır.

Var olan geriatrik hizmet işleyiş içerisinde her ünitede tam zamanlı çalışan sabit meslek elemanları doktor ve hemşirelerdir. Dolayısıyla çalışılan ünitede olmayan meslek elemanının görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri sıklıkla bu meslek gruplarından beklenmektedir. Doktor ve hemşirelerin, geriatri hizmet sunumu sırasında **"yerine çalışmaya çalışmak"** durumunda kaldıkları en belirgin meslek grubu **"geriatrik sosyal hizmet uzmanları"**dır. Bu durum doktor ve hemşireler için taşıyabileceklerinden fazla yük getirmektedir.

Geriatri ünitelerinde hizmet veren meslek elemanları tüm iyi niyet ve gayretlerine rağmen, yaşlıların fizyolojik sağlık sorunları dışında kalan sorun ve taleplerini karşılayamamaktadırlar.

Sahip oldukları koşullar ve çalışan meslek elemanlarının nitelik ve nicelik olarak eksikliklerine rağmen Türkiye'deki beş üniversite hastanesi içerisinde hizmet vermekte olan geriatri üniteleri, yaşlılara verilen sağlık hizmetine mümkün olan en üst düzeyde katkı vermektedirler.

Geriatri ünitelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin sayısı olması gerekenin çok altındadır. Bu nedenle geriatrik hizmet alan yaşlıların fizyolojik sağlık sorunlarının dahi çözümlenmesinde zaman zaman sıkıntılar ve yetersizlikler yaşanmaktadır.

Türkiye'de geriatri hizmeti veren üniversite hastanelerinin geriatri ünitelerinin hiçbirisinde bir geriatrik ekipte tam zamanlı istihdam edilmesi gereken meslek elemanlarının tamamı bir arada çalışmamaktadır. Tamamında geriatri uzmanı bir doktor ve farklı dallarda görev yapsa da hizmet sunumu sırasında polikliniklerde bulunan en az bir hemşire bulunmaktadır. Dolayısıyla meslek elemanlarının bir kısmının her bir meslek grubunun geriatri alanındaki görev, sorumluluk ve rollerine ilişkin teorik ya da pratik bir bilgi birikimi yoktur. Bir sonraki maddede verilecek olan sonuç bu sonucu destekleyen daha kapsamlı bir sonuçtur.

Geriatrik hizmette ekip çalışması sırasında farklı meslek gruplarından temel beklenti "herkesin üzerine düşeni yapmasıdır". Meslek elemanlarının çoğunluğunun bir ekip içerisinde çalışamıyor olmasından dolayı kendilerinden farklı meslek gruplarının görevleri, sorumlulukları, mesleki sınırları vb.ye ilişkin, mesleki eğitimlerine dayalı bir formasyonları yoktur.

Yaşlıların fizyolojik sağlık sorunları yaşamaları durumunda öncelikli tercih ettikleri sağlık kurumları olmaları nedeniyle üniversite hastaneleri, geriatri hizmetinin duyurulmasında, yaygınlaştırılmasında, geliştirilmesinde ve ideal hizmet sunumuna kavuşturulmasında, öncü kurumlar olarak çalışmalıdır. Bu çalışmaların gerçekleştirilebilmesi de tam zamanlı çalışan ve geriatri alanında hizmet vermesi gereken tüm profesyonellerden oluşan ekiplerin varlığı ile mümkün olacaktır…

Kaynaklar

1. Emiroğlu, V. (1983). *Yaşlılarla ilgili bazı toplumsal araştırmalar*. Prof. Dr. İbrahim Yasa'ya Armağan-ayrı basım. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
2. Marlow, C. (1998). *Research methods for generalist social work*. California: Brooks/Cole Publishing Company Press.
3. Neuman, L. W. (1999). *Social research methods qualitative and quantitative approaches* (4. Baskı). USA: Allyn and Bacon.
4. Önal Dölek, B. (2011). *Türkiye'de Üniversite Hastanelerindeki Geriatri Bilim Dallarına Bağlı Geriatri Ünitelerinde Verilen Hizmetin Sosyal Hizmet Temelinde Değerlendirilmesi. (*Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
5. Reuben D. B. (2003). Comprehensive geriatric assessment and system approaches to geriatric care. Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE (Ed.). *Geriatric Medicine-An Evidence-Based Approach*.
6. Rossi, P., Wright, J. Fisher, B. ve G. Willis. (1987). The urban homeless: estimating composition and size. *Science*, 234, 1336-1371. akt. GLISSON, G. M. Thyer, B. A. Fischer, L. Robert. (2001). Serving the homeless: evaluating the effectiveness of homeless shelter services. *Journal of Sociology and Social Welfare,* 28 (4), 89-97.
7. Rubin, A. Ve Babbie, E (1997). *Research methods for social work* (3. Baskı). Brooklyn:Cole Publishing Company.
8. Weiss, C. (1972). *Evaluation Research*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

S 25
ERKEK OSTEOPOROZUNDA RİSK FAKTÖRLERİ VE ETYOLOJİ

Hakan Yavuzer, Serap Yavuzer, Alper Döventaş, Deniz Suna Erdinçler, Tanju Beğer

İstanbul Ü. Cerrahpaşa Tıp F. İç H. AD. Geriatri BD.

Amaç : Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geriatri Polikliniğine başvuran osteoporoz ve osteopeni saptanmış erkek hastalarda, risk faktörleri ve sekonder etyolojiyi incelemek.

Yöntem : Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geriatri polikliniğinde 5 yıl boyunca düzenli takip edilmiş olan 60 yaş üzerindeki 204 erkek hastanın dosyası geriye dönük incelendi. Hastaların Kemik Mineral Yoğunluğu (KMY), çocuk sayısı, boy, ağırlık, vücut kitle indeksi, eğitim düzeyi, başvuru sırasında osteoporoz semptomlarının varlığı, sigara-alkol kullanımı, günlük kafein tüketimi, kalsiyum desteği, fiziksel aktiviteleri, kendisinde ve ailesinde düşük enerjili kırık hikayesi, geçirilmiş ameliyatları, sekonder hastalıkları, kullandığı ilaçları ve biyokimya tetkikleri değerlendirildi.

Bulgular : 204 hastadan KMY istenmiş olan 95 hastanın 23'ü normal KMY değerleri göstermekteydi. Çalışmaya dahil edilen 72 hastanın, 48›i osteoporoz (%66), 24›ü (%34) osteopeni olarak iki gruba ayrıldı. Tüm hastaların ortalama femur boynu T skoru -2,4 ± 0,8, lomber (L1-L4) T skoru -1,7 ± 1,3; yaş ortalaması osteoporoz grubunda 73,8±7, osteopeni grubunda 69,7± 6,4 olarak saptandı. 41 hastada (%85) sekonder osteoporoz, 7 hastada ise (%15) primer senil osteoporoz mevcuttu.

Lomber bölge T skoru ile risk faktörlerine regresyon analizi ile bakıldığında osteoporoza en etkili risk faktörünün "yaş" olduğu görüldü (Beta: -0,320, p: 0,015). Osteoporoz ve osteopeniye neden olan sekonder hastalıklar içinde en sık endokrin nedenlere (% 63); endokrin nedenler içinde ise en sık hipogonadizme (% 48) rastlandı.

Serbest testosteron düşüşü ve LH artışı ile lomber osteoporoz artmaktaydı (Sırasıyla r: 0,420, p: 0,003; r: -0,293, p: 0,043). Prolaktin artışı ile femur boynu osteoporozu arasında da benzer ilişki mevcuttu (r: -0,296, p: 0,041).

Ağırlık ve VKİ artışıyla femur boynu osteoporozunun azaldığı görüldü (Sırasıyla r: 0,287, p: 0,048; r: 0,373, p: 0,009).

Ailede kırık öyküsü olanlarda T skoru daha düşüktü (-3,44±0,3; -2,86±0,5) . Egzersiz yapmayanlarda femur boynu

T skoru daha kötüydü (-3,25±0,6; -2,72±0,3).

Sonuç: Erkek osteoporozunda yaş en önemli risk faktörüdür. Osteoporoz yaşlı erkeklerde mutlaka araştırılmalıdır. Osteoporoz saptanan erkeklerde sekonder osteoporoz risk faktörleri ve etyoloji detaylandırılmalı; endokrin nedenler ve özellikle hipogonadizm mutlaka akla getirilmelidir.

S 26
YAŞLILARDA FİZİKSEL UYGUNLUK DÜZEYİ VE YAŞAM STİLİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mustafa Said Erzeybek[1], Fatih Kaya[2], Zeynep Bozdoğan[1], Yeliz Özdöl[3], Salih Pınar[1], Dilek Nar[4]

1 Marmara Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu, Istanbul
2 Erzincan Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu, Erzincan
3 Akdeniz Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu, Antalya
4 Life Gym Spor ve Yaşam Merkezi İstanbul

Amaç: Bu çalışmada, 60-74 yaş arasındaki yaşlılarda yaşam stili ve fitness düzeyi arasındaki ilişki incelendi.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya İstanbulda yüksek sosyo-ekonomik çevrede yaşayan 41 sağlıklı yetişkin (25 kadın, 16 erkek) katıldı.

Katılımcıların fonksiyonel fitness düzeylerini değerlendirmek için Senior Fitness Test bataryası (chair stand test, arm curl test, chair sit & reach test, back scratch test, foot up and go test), Berg Denge Skalası (BBS) ve genel esneklik testi (sit & reach) kullanıldı. Yaşam stillerini belirlemek için Yaşam Stili Belirleme Anketi kullanıldı. Veri analizlerinde yüzde ve frekans, ki-kare ($\chi 2$) testi ve Spearan korelasyon tekniği kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların (%64) ve erkeklerin (%62.5) çoğunluğunun iyi/çok iyi yaşam stillerine sahip oldukları ve, fiziksel aktiviteye katılmak için ciddi risk faktörlerine sahip olmadıkları gözlenmiştir. Cinsiyete ve yaş gruplarına gore yaşam stilleri değişmemekle birlikte (p>.05), 60-69 yaş aralığındaki kadınların çok iyi yaşam stiline sahip oldukları, 65-69 yaş aralığındaki erkeklerin çok iyi yaşam stiline sahip oldukları görülmüştür. Katılımcıların genel fonksiyonel fitness düzeylerinin ortalama ve oratalamanın üzerinde olduğu bir diğer bulgu olmuştur. Ayrıca, yaşam stillerine gore fonksiyonel fitness düzeyleri değişmemektedir (p>.05). Kadınlarda yaşam stili iyileştikçe alt vücut esneklik değerlerinin arttığı (p<.05), ancak yaş gruplarına gore ele alındığında ne kadınlarda ne de erkeklerde yaşam stili ile fonksiyoel fitness göstergelerinin hiç biri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>.05).

Sonuç: Sonuç olarak, katılımcıların fiziksel aktiviteye hazırlik anketi puanları ve tibbi öykülerinden elde edilen olumlu değerlendirmeler bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir. Örneklem farklı sosyo-ekonomik statüden alınır ise, sonuçlar değişken olabilecektir.

Tablo 1. Katılımcıların yaş gruplarına ve cinsiyete göre yaşam tarzı sınıflaması

Cinsiyet		Çok iyi	Yaşam stili			
			İyi	Uygun	Toplam	
Kadın	Yaş grubu	60-64 arası	% 77.8	% 22.2	% 0.0	% 100
		65-69 arası	% 66.7	% 22.2	% 11.1	% 100
		70-74 arası	% 42.9	% 57.1	% 0.0	% 100
	Toplam		% 64.0	% 32.0	% 4.0	% 100
Erkek	Yaş grubu	60-64 arası	% 0.0	% 100	% 0.0	% 100
		65-69 arası	% 85.7	% 0.0	% 14.3	% 100
		70-74 arası	% 57.1	% 42.9	% 0.0	% 100
	Toplam		% 62.5	% 31.3	% 6.3	% 100

Key words: yaşam tarzı, fonksiyonel fitness, yaşlılar

S 27
GERİATRİ POLİKLİNİĞİNDE İZLENEN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA SARKOPENİ VE MALNÜTRİSYON

Serap Yadigar, Hakan Yavuzer, Alper Döventaş, Mahir Cengiz, Deniz Suna Erdinçler, Tanju Beğer

İstanbul Ü. Cerrahpaşa Tıp F. İç H. AD. Geriatri BD.

Giriş ve Amaç: Sarkopeni yaşlılarda progresif kas kaybı ile giden, multifaktöriyel bir sendromdur. Malnütrisyon altta yatan major sarkopeni nedenleri arasında yer almakta olup, sarkopeni ve malnütrisyon arasındaki ilişki pek çok çalışmayla ortaya konmuştur. Bu çalışmamızda malnütrisyonu olmayan geriatrik olgularda sarkopeni olasılığını belirlemeyi hedefledik.

Materyal Metod: Aralık 2010 ile Aralık 2011 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Polikliniğine başvuran 267 hasta nutrisyonel açıdan Mini Nutrisyonel Test (MNT) ile tarandı. MNT puanı 11 ve altı olanlar ile Mini Mental Test (MMT) skoru 21 ve altı puan olan toplam 53 hasta çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen 214 hasta biyoimpedans cihazı (Tanita) ile belirlenen kas kitlesi ölçümlerine göre sarkopenik, presarkopenik ve normal olarak üç gruba ayrıldı. Grupların demografik özellikleri, kronik hastalık ve ilaç sayıları, bel ve baldır çevreleri, kilo ve vücut kitle indeksleri, el kavrama güçleri ve yürüme hızları belirlendi.

Bulgular: Calışmaya dahil edilen 214 olgunun 148'i kadın, 66'sı erkekti. Yaş ortalamaları 71,8 ± 2,1 idi. Bioimpedans analizi ile 88 hastada (%41) sarkopeni ve 17 hastada (%7) presarkopeni saptandı. Olguların 109'u (%52) ise normal grup olarak kabul edildi.

Sarkopenik hastaların bioimpedans analizinde kas kitlesi ortalaması 6,8 ± 1,1 kg/m^2; presarkopenik hastaların 7,6 ± 1,1 kg/m^2; normal grubun 8,7 ± 1,1 kg/m^2 bulundu.

Sarkopenik hastaların ortalama ağırlığı 76,6 ± 13,1 kg; presarkopeniklerin 76,4± 9,6 kg; normal grubun ise 74,4±13,6 kg. idi.

Sarkopenik hastaların vücut kitle indeksi 29,6 ± 4,4 kg/m^2; presarkopenik grubun 28,7 ± 4 kg/m^2; normal grubun ise 28,9 ± 4,5 kg/m^2 olarak hesaplandı.

Sarkopenik hastaların bel ve baldır çevreleri ortalamaları sırasıyla 107,1 ± 16,7 cm, 32,9 ± 1,5 cm; presarkopeniklerin 102,3 ± 6,6 cm, 32,8 ± 1,3 cm; normal grubun 102,4 ± 8,9 cm, 32,4 ± 1,2 cm olarak ölçüldü.

Sarkopenik hastaların el kavrama ortalamaları 14,7 ± 6,2 kg; presarkopenik hastaların 18,6 ± 4,8 kg; normal grubun 17,3 ± 5,2 kg olarak; yürüme hızı ortalamaları ise yine sırasıyla 10,8 ± 2,7 sn; 11,3 ± 2,9 sn; 10,4 ± 2,6 sn. olarak belirlendi.

Buna göre sarkopenik hasta grubunda el kavrama gücü diğer gruplara göre istatistiki olarak anlamlı derecede düşüktü ($p<0,001$). Bioimpedans ölçümü ile sarkopeninin belirlenmesi ve el kavrama gücü dışında, kilo, VKİ, bel ve baldır çevresi, yürüme hızı gibi diğer parametrelerin tek başlarına yanıltıcı olabileceği sonucuna varıldı.

Sonuç: Sarkopeni oluşumu geriatrik olgularda multifaktöriyel nedenlere bağlı olup tek başına malnütrisyon ile açıklanamamaktadır. Bu nedenle yeterli nutrisyon desteği olan hastalar da sarkopeni varlığı açısından dikkatle tetkik edilmelidir.

S 28
HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA ÖLÜM KAYGISI VE DÜŞME KORKUSU

Sevgi Nehir[1], Nurgül Güngör Tavşanlı[2]

1 Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

2 Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü

AMAÇ: Düşme korkusu ve ölüm kaygısı yaşlı bireyin yaşayabileceği bir sorun olup, günlük yaşam işlevleri üzerindeki etkisi değerlendirilmelidir. Yaşlı sağlığı alanında çalışan hemşirelerin öncelikle risk altındaki bireyleri belirleyip, koruyucu girişimleri planlaması, uygulaması ve değerlendirmesi, kuruma kabul aşamasında yaşlıların düşme korkusu nedeniyle ölüme ilişkin düşünce ve kaygılarını değerlendirip bireye özel, uygun yaklaşımları belirlemesi, verilecek bakımın niteliğinin, yaşlının ruhsal iyilik halinin ve yaşam kalitesinin arttırılması nedeniyle önemlidir. Bu yüzden bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısı ve düşme korkusunu belirlemektir

.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma, kesitsel tipte tanımlayıcı olarak, 2011- 2012 yılında, Manisa belediye huzurevi'nde yürütülmüştür.

Araştırmanın evrenini 2011- 2012 yılında Manisa belediye huzurevi'nde kalan tüm yaşlılar oluşturmuştur. Evrenin tamamı örnekleme alındığı için ayrıca örneklem seçim yöntemi kullanılmamış ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde anket için alınan randevu günü huzurevinde olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlılar araştırmanın örneklemini oluşturacaktır.

Veri toplamada "Bilgi Formu", "Ölüm Kaygısı Ölçeği" ve "Düşme korkusu" formları kullanılmıştır.

Araştırma, Huzurevinde kalan yaşlılarda ölüm kaygısı ve düşme korkusunu belirlemek amacıyla kesitsel tipte tanımlayıcı olarak, 2011- 2012 yılında, Manisa belediye huzurevi'nde yürütülmüştür.

Bilgi Formu: Bilgi formu 18 sorudan oluşmaktadır. Bu bilgi formunda, bireylerin demografik özellikleri, kuruma geliş nedeni, kurumda kalma süresi ve kurumdan memnuniyet durumu, sağlık durumu, ziyaret edilme sıklığı, ölüm ile ilgili düşünceleri ve nasıl bir ortamda olmak istedikleri konusunda sorulardan oluşmaktadır.

Ölüm Kaygısı Ölçeği: D. I. Templer tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması 1989 yılında C. Şenol tarafından yapılmıştır. Bireyin kendi ölümü ve ölüm riski ile ilgili kaygı ve korkularını ölçen, 15 maddelik, doğru-yanlış seklinde yanıtlanan bir ölçektir. Ölçekteki ilk 9 maddeye verilen her bir "evet" yanıtı için "1", "hayır" yanıtı için "0", diğer 6 maddeye verilen her bir "hayır" yanıtı için "1", "evet" yanıtı için ise "0" puan alınmaktadır. Deneğin aldığı puanların toplamı, ölüm kaygısı puanını vermektedir. Testten alınabilen en yüksek puan 15'tir. 0-4 puan "hafif düzeyde", 5-9 puan "orta düzeyde", 10-14 puan "agır düzeyde", 15 puan "panik düzeyde" ölüm kaygısı olarak değerlendirilir. Şenol, "Test-Yeniden Test" yöntemi ile yaptığı güvenirlik çalışmasında, ölçeği kurum ve kurum dışından toplam 30 yaslıya, 3 hafta arayla iki kez uygulamıştır. Her iki uygulama puanları arasındaki korelasyon 0.86 bulunmuştur. Templer, güvenirlik çalışmasında aynı yolu izleyerek "Test-Yeniden Test" güvenirliğini 0.83 olarak bulmuştur.

Düşme korkusu: Yaşlıların düşme korkusu Tinetti, Richman ve Powell tarafından (1990) geliştirilen "düşme korkusu ölçeği" kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu ölçeğin Türkçe' ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirliğinin yapıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Banyo yapma, dolaba uzanıp bir eşya alma, kurum içinde yiyecek ihtiyacını karşılama, bahçede yürüme, yatağa yatıp kalkma, kapı ya da telefon çaldığında açma, sandalyeye oturup kalkma, giyinip soyunma, odasında iş yapma, alışveriş yapma gibi aktiviteleri gerçekleştirirken düşme korkusu yaşayıp yaşamadığını sorgulayan toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Düşme korkusu yaşayan yaşlılara 1, yaşamayanlara 0 puan verilmiş olup, toplam 10 puan alınabilmektedir. Düşme korkusu puan ortalamasının yüksek olması, yaşlının GYA'ni gerçekleştirirken düşmekten korktuğunu göstermektedir.

BULGULAR:

Tablo 1. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri

Özellik	n	%
Yaş		
64 yaş ve altı	6	7.9
65– 74 yaş	35	46.1
75-84 yaş	28	36.8
85 yaş ve üzeri	7	9.2
Cinsiyet		
Kadın	17	22.4
Erkek	59	77.6
Medeni Durum		
Bekar, Dul, Eşinden Ayrı Yaşıyor	74	97.4
Evli	2	2.6
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	19	25.0
Okur-yazar ve İlkokul terk	13	17.1
İlkokul mezunu	34	44.7
Ortaokul ve lise mezunu	10	13.2
Çocuk Sayısı		
Çocuğu yok	23	30.3
1 ya da 2 çocuğa sahip	27	35.5
3 ve üzeri çocuğa sahip	26	34.2
Kronik Hastalığa Sahip olma		
Kronik hastalığı var	57	75.0
Kronik hastalığı yok	19	25.0
TOPLAM	76	100

Tablo 1'de huzurevinde kalan yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri görülmektedir. Bireylerin %46.1'i 65-74 yaş grubunda, %36.8'i 75-84 yaş grubundadır, %22.4'ü kadın, %77.6'sı erkektir, %97.4'ü bekar, dul, eşinden ayrı yaşamaktadır, %25'i okur-yazar değil, %44.7'si ilkokul mezunudur, %35.5'i bir ya da iki çocuğa sahiptir ve %75'i kronik hastalığa sahiptir.

Yaşlı bireylerin huzurevinde yaşamayı tercih etme nedenleri incelendiğinde; %32.6'sı yalnız yaşamayı tercih etmediği için, %29'u daha iyi hizmet alacağını/bakılacağını düşündüğü için huzurevini tercih etmiştir. Yaşlı bireyler bu kurumda ortalama 5.63±6.87 yıl kalmaktadır. Yaşlı bireylerin %63.2'si huzurevinde yaşıyor olmaktan çok/oldukça memnun, %31.5'i kararsızdır. Yaşlı bireylere huzurevi dışında başka seçeneği olsa nerede yaşamak isterdiniz sorulduğunda; %52.6'sı aile bireyleri ile birlikte, %31.6'sı yine bu kurumda, %14.5'i kendi evimde yalnız yaşardım cevabını vermiştir. Yaşlı bireylerin huzurevinde ziyaret edilme sıklıkları incelendiğinde; %21.3'ü hiç ziyaretçisinin olmadığını, %34.8'i çocuklarının ziyaret ettiğini, %20.3'ü akrabalarının ziyaret ettiğini bildirmiştir. Yaşlı bireylerin, huzurevinde zaman geçirmek için yaptığı etkinlikleri incelendiğinde; %27.9'u televizyon izlediğini, %26.8'i radyo dinlediğini, %26.8'i çevredekilerle sohbet ettiğini, %10.9'u gazete, kitap, dergi vb. okuduğunu, %1.6'sı el becerisi gerektiren islerle uğraştığını, %6'sı diğer (bilgisayar, ibadet, gezme, uyuyarak) şekilde zaman geçirdiğini ifade etmiştir.

Tablo 2. Huzurevinde Kalan Yaşlı Bireylerin Ölüme Yaklaşımları

Özellik	n	%
Bir sorunla karşılaştığınızda nasıl başa çıkarsınız?		
Sorunu görmezlikten gelirim	9	11.9
Kendi basıma çözmeye çalışırım	30	38.3
Çevredekilerden yardım/destek alırım	28	39.4
İbadet ederim	7	8.8
Diğer	2	1.6
Ölümüyle sizi çok üzeceğini düşündüğünüz kişiler* (n=137)		
Çocuk	43	31.4
Es	33	24.1
Yakın akraba	33	24.1
Yakın arkadaş	18	13.1
Kimseye üzülmem	3	2.2
Kimsem yok ki üzüleyim	7	5.1
Ölümü En İyi İfade Eden Cümle		
Kader	34	39.1
Rahatlık	10	11.5
Korkunç bir olay	6	6.9
Son	15	17.2
Yeni bir yasam	13	15.0
Olağan bir durum	9	10.3
TOPLAM	76	100

*** İşaretli sorulara birden fazla yanıt verilmiştir.**

Tablo 2'de huzurevinde kalan yaşlı bireylerin ölüme yaklaşımları görülmektedir. Yaşlı bireylere "Bir sorunla karşılaştığınızda nasıl başa çıkarsınız?" sorusu sorulduğunda, %11.9'nun sorunu görmezlikten geldiği, %38.3'ü kendi başına çözmeye çalıştığını, %39.4'ü çevredekilerden yardım/destek aldığını, %8.8'i ibadet ettiğini belirtmiştir. Yaşlı bireylere ölümüyle sizi çok üzeceğini düşündüğünüz kişiler kimlerdir sorulduğunda; %31.4 ile çocuk, %24.1 eş, %24.1 yakın akraba, %13.1 ile yakın arkadaş yanıtını vermişlerdir. Yaşlı bireylere ölümü en iyi ifade eden cümle sorulduğunda; %39.1'i kader, %11.5'i rahatlık, %6.9'u korkunç bir olay, %17.2'si son, %15'i yeni bir yaşam, %10.3'ü olağan bir durum olarak ifade etmişlerdir.

Tablo 3. Huzurevinde Kalan Yaşlı Bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Dağılımları

Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanları	n	%
0-4 Puan Hafif Ölüm Korkusu	13	17.1
5-9 Puan Orta Ölüm Korkusu	43	56.6
10-14 Puan Ağır Düzeyde Ölüm Korkusu	20	26.3

Tablo 3'de huzurevinde kalan yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ölçeği puan dağılımları incelendiğinde; yaşlı bireylerin %17.1'inin 0-4 Puan Hafif Ölüm Korkusu, %56.6'sının 5-9 Puan Orta Ölüm Korkusu, %26.3 10-14 Puan Ağır Düzeyde Ölüm Korkusu bulunmaktadır.

Yaşlı bireylere ölümü en iyi ifade eden cümle sorulduğunda; %39.1'i kader, %11.5'i rahatlık, %6.9'u korkunç bir olay, %17.2'si son, %15'i yeni bir yaşam, %10.3'ü olağan bir durum olarak ifade etmişlerdir.

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ölçeği puan dağılımları incelendiğinde; yaşlı bireylerin %17.1'nin 0-4 Puan Hafif Ölüm Korkusu, %56.6'sının 5-9 Puan Orta Ölüm Korkusu, %26.3 10-14 Puan Ağır Düzeyde Ölüm Korkusu bulunmaktadır.

SONUÇ: Bu çalışmada yaşlı bireylerde ölüm kaygısının eğitim durumu, ölümü korkunç bir olay olarak algılama ile ilişkili olduğu; ancak yaş, medeni durum çocuk sayısı, fiziksel hastalık varlığının ölüm kaygısını etkilemediği saptandı. Yaşlı bireylerde farklı değişkenlere gözeterek yapılacak uzunlamasına çalışmalar ölüm anksiyetesinin önemini ve fiziksel ve ruhsal hastalıkların süreci üzerindeki etkisini saptayıp daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır.

5. Akademik Geriatri 2012

Akademik Geriatri Kongresi Poster Bildiriler

P 01
OLGU SUNUMU: DEMANS AYIRICI TANISINDA GLİOBLASTOMA MULTİFORME

Ali Alkan[1] Güliz Zengin[1], Zafer Arık[2], Gözde Yazıcı[3], Melike Mut[4], Mutlu Hayran[5], Alev Türker[2], İsmail Çelik[5], Faruk Zorlu[3], Ayşe Kars[2], Tunçalp Özgen[4]

1 Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
2 Hacettepe Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bölümü
3 Hacettepe Üniversitesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı
4 Hacettepe Üniversitesi Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı
5 Hacettepe Üniversitesi Prevantif Onkoloji Anabilim Dalı

Giriş: Demans, hafıza ve kognitif fonksiyon kaybı ile giden progresif bir klinik patolojidir. Vakalarda neden, sıklıkla Alzheimer Hastalığı'dır. İntrakraniyel tümörler nadiren demans ile prezente olurlar. Burada demans tablosu ile Glioblastoma Multiforme tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Yetmiş dört yaşında kadın hasta 20 yıldır hipertansiyon tanısıyla takip edilmekteydi. Hasta, yakınları tarafından tariflenen unutkanlık şikayetiyle başvurdu. Unutkanlığının son 10 yıldır olduğu ancak son 2-3 ayda giderek arttığı belirtildi. Medikal ve sistemik sorgulamasında mevcut tabloyu açıklayacak patoloji saptanmadı. Yakınları tarafından son zamanlarda aralıklı baş ağrısından yakındığı belirtilen hastanın fizik incelemesi ve laboratuar değerlendirmede patoloji saptanmadı. Hastanın atipik kliniği nedeniyle planlanan kraniyel görüntülemede sağ oksipitoparietal lokalizasyonda kitle lezyon saptandı. Performans skoru iyi olan hasta opere edildi. Patolojik incelemesi Glioblastoma Multiforme olarak değerlendirildi. Total rezeksiyon sonrasında adjuvant kemoradyoterapi planlandı. Tedavinin 2. haftasında genel durumu kötüleşen hastanın tedavisine ara verildi. İzlemde tedaviye devam edilemeyen hastanın 1 ay sonraki kontrolünde operasyon bölgesinde nüks kitle saptandı. Genel durumu kötü olan hastaya tedavi verilemedi. İzlemde genel durumu progresif kötüleşen hasta operasyondan 4 ay sonra exitus oldu.

Sonuç/Tartışma: Demans şüphesi olan hastada hikaye, kognitif testler sonrasında laboratuar ve radyolojik görüntüleme tanısal yaklaşımın temelini oluşturmaktadır. Tanı anında görüntüleme vasküler demans ve nadir demans nedenlerinden tümörlerin tanısında yardımcı olmaktadır. Kognitif bozukluklar, özellikle dominant hemisferde bulunan tümörlerde hastaların %30'unda tanı anında bulunmakta; hafıza, dikkat, oryantasyon, konuşma değişiklikleri, kişilik ve günlük aktivitelerde değişiklikler başlangıç şikayeti olabilmektedir. Sıklıkla benign intrakraniyel tümörlerde saptanan izole demans kliniği malign patolojilerde nadiren bildirilmiştir.

Kognitif disfonksiyon ile değerlendirilen hastamızda klinik tablonun hızlı seyri, kontrolsüz hipertansiyon hikayesi ve nonspesifik baş ağrısı nedeniyle kraniyel görüntüleme planlanmış ve Glioblastoma Multiforme tanısına ulaşılmıştır. Olgumuz geriatrik hastada nadir bir demans nedeninin kliniği, tanısal yaklaşımı ve tedavisine ışık tutarken, klinisyenlere atipik semptomlarla başvuran demans olgularında radyolojik incelemenin önemini hatırlatmaktadır.

P 02
GERİATRİK HASTALARDA ABDOMİNAL AORT ANEVRİZMASINA YÖNELİK TARAMA KİMLERE YAPILMALI?

Başak Bolayır, Yasemin Tekinel, Mehmet Emin Kuyumcu, Yusuf Yeşil, Münevver Özcan, Meltem Halil, Mustafa Cankurtaran, Servet Arıoğul

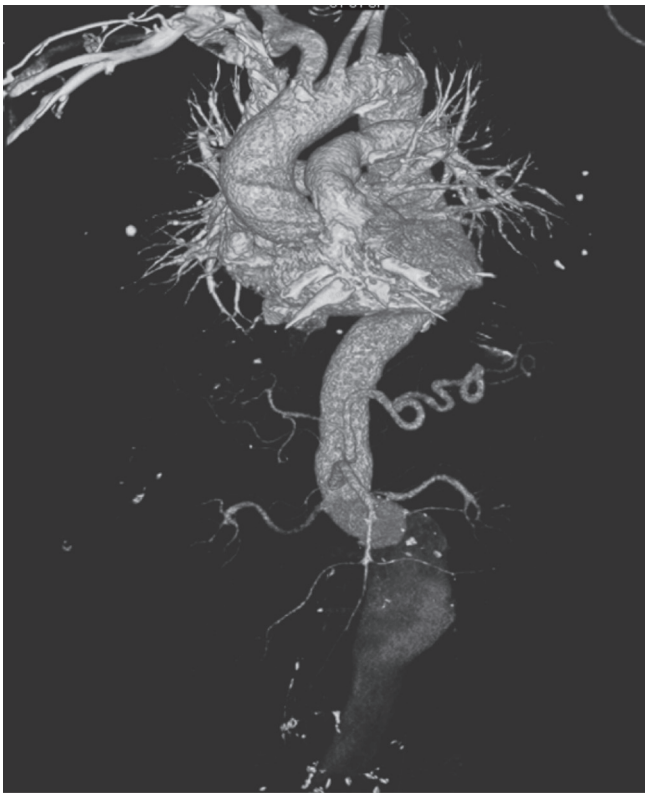
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi

Giriş: Abdominal aort anevrizması (AAA) renal arterler seviyesinde ölçülen aort çapının en az 1,5 katı olması şeklinde tanımlanır. Anevrizmaların büyük kısmında rüptür gözlenmemekle birlikte, rüptür olması durumunda acil cerrahi gerekir ve mortalitesi yüksektir. AAA sıklığı yaşla beraber artar. Klinik olarak önemli olan, ≥ 4cm boyutundaki anevrizmalar, 55-64 yaş arası erkeklerin %1'inde görülürken, takip eden her on yılda bir bu oran %2-4 oranında artmaktadır. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlardakinin 4-6 katıdır ve daha erken ortaya çıkmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğunda sigara kullanma öyküsü mevcuttur. Beyaz ırk, ateroskleroz, hipertansiyon, obezite, aile öyküsü varlığı ve popliteal-femoral anevrizma varlığı diğer risk faktörleridir (1). Mortalite oranı göz önünde bulundurulduğunda, yüksek riskli hastalarda AAA'nın taranması önem kazanmaktadır. Geriatri polikliniğimize rutin kontrolü için gelen ve dev AAA saptanan ve cerrahi müdahele gerektiren bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: 75 yaşında erkek hasta koroner arter hastalığı, hipertansiyon, kronik gut artriti, hiperlipidemi tanılarıyla geriatri polikliniğinde takip edilmekteydi. 45 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu ve halen sigara kullanmaktaydı. Kontrol amacıyla başvuran hastanın kreatinin değerlerinde artış olması ve prostatizm semptomları tariflemesi nedeniyle renal-üriner sistem USG planlandı. USG'de prostatomegali ve her iki böbrek parankiminde diffüz artışın yanı sıra jukstrarenal düzeyde aortik bifurkasyona uzanan 14×8 cm boyutlarında insidental

anevrizma raporlandı. BT anjiografide renal arterler sonrası 15 cm'lik segmentte, en geniş yerde ön-arka çapı 8.6 cm, gerçek lümen genişliği 4.3 cm olan dev AAA izlendi (Figure 1). Hasta kalp-damar cerrahisine yönlendirildi ve cerrahi uygulandı. Post-operatif 1. ayda problemsiz izlenmektedir.

Tartışma: AAA yüksek riskli hastalarda mortalitesi yüksek bir durumdur. 65 yaş üstü erkeklerde tarama önerilmekle birlikte düşük riskli gruplarda yapılacak taramaların klinik olarak anlamsız anevrizmaların saptanmasına, gereksiz tanıya ve takibe neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Sigara öyküsü olan 65 yaş üstü erkekler, abdominal USG ile AAA taramasının özellikle önerildiği gruptur. Sigara öyküsü bulunmayan 65 yaş üstü erkeklerde aile öyküsü ve diğer risk faktörlerine göre bireysel değerlendirmeler sonrası karar verilmelidir. USG'nin tarama aracı olarak sensitivitesi ve spesivitesi yüksektir [2]. AAA onarımı cerrahisinde komplikasyon oranı yüksektir ve ciddi komplikasyonlar söz konusu olabilir [3]. AAA saptanması durumunda hastalar cerrahiye yönlendirilecekse, post-op mortaliteyi belirleyecek komorbid durumlar ve seçilecek cerrahi prosedür göz önünde bulundurulmalıdır. AAA taraması önerilmesine rağmen ülkemizde taranması gerektiği bilinci yaygın değildir. Bu bilincin oluşması adına özellikle 65 yaş üstü hastalarda **''kapsamlı geriatrik değerlendirme"** çerçevesinde yapılması gerekli olan **tarama programlarının** eksiksiz yerine getirilmesi önemlidir.



Figür 1. BT anjiografide renal arterler sonrası 15 cmlik segmentte en geniş yerde ön-arka çapı 8.6 cm, gerçek lümen genişliği 4.3 cm olan dev Abdominal Aort Anevrizması.

P 03
BÖBREK YETERSİZLİĞİ OLAN YAŞLI HASTAM İNSÜLİN KULLANAMIYOR: NE YAPABİLİRİM?

Aslı Tufan[1], Sibel Akın[1], Gülistan Bahat Öztürk[1], Timur Selçuk Akpınar[2], Bülent Saka[2], Nilgün Erten[1], Cemil Taşçıoğlu[2], Mehmet Akif Karan[2]

1 İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
2 İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ

Diabetes mellitus (DM) yaşlıların yaşam kalitesini ve süresini olumsuz etkileyen metabolik bir hastalıktır ve sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Yaşlı diyabetiklerde kardiyovasküler hastalıklar, periferik damar hastalıkları, göz hastalıkları, böbrek fonksiyon bozukluğu, nöropati gibi komplikasyonlar ve bunlara bağlı morbidite ve mortalite sıktır. Diyabet tedavisinin planlanmasında hastanın sosyoekonomik durumu ve yaşam şekli ve bakım desteğinin bulunup bulunmaması da önemlidir. Böbrek yetersizliği olan diyabetik olgularda seçkin diyabet tedavisi insülin olmalıdır. Ancak yaşlılarda fonksiyonel ve sosyal yetersizlikler veya hastanın reddetmesi nedeniyle kimi olgularda insülin kullanımı mümkün olmamaktadır. Bu vakada insulin kullanmayı rededen , tek başına yaşayan ve diyabetin komplikasyonları gelişmiş bir hastada tedavi planlaması ve takibini sunmayı hedefledik.

OLGU

88 yaşında erkek hasta halsizlik sebebiyle polikliniğimize başvurdu.15 yıl once rektum kanseri tanısı konmuş ve opere edilmiş. 10 yıldır kronik böbrek yetmezliği mevcut. (eGFR:36,11 ml/dak) İlaç kullanmıyor.Fizik muayenede ve çok yönlü geriatrik değerlendirmede özellik yoktu. Açlık kan şekeri(AKŞ) 264 mg/dl, tokluk kan şekeri (TKŞ) 300mg/dl, HbA1C %12, BUN 29mg/dl, kreatinin 1,4 mg/dl saptandı. Böbrek yetersizliği ve DM tanısı konularak insulin tedavisi planlandı. Hasta tek başına yaşamaktaydı ve insulin kullanmayı istemedi. Vildagliptin 1x50 mg ve repaglinid 3x1 mg başlandı. 2 ay sonraki kontrolünde AKŞ 120-140mg/dl TKŞ 160-180mg/dl HbA1C % 8,2'e geriledi. Karaciğer enzimlerinde yükselme saptanmadı. Herhangi bir hipoglisemi atağı yaşamadı.

SONUÇ

Yaşlılarda diyabet tedavisi hastanın bilinç durumu, ek hastalıkları, hastanın yaşam beklentisi, diyabet tanısını ne zaman aldığı, kronik komplikasyonların varlığı, hipoglisemi gibi akut metabolik komplikasyonların gelişme riski, hastanın tedavisini kimin uygulayacağı, hasta kırılgan yaşlı grubunda olup olmadığı gibi durumlar göz önüne alınarak bireyselleştirilmelidir. İleri yaşlı ve komplikasyonları yerleşmiş diyabet hastalarında glisemik kont-

rolün sağlanmasındaki ana hedef akut metabolik komplikasyonların önlenmesidir. Böbrek yetersizliği olan olgularda seçkin diyabet tedavisi insülin olmalıdır. Literatürde böbrek yetersizliği olan olgularda seçilebilecek oral diyabet tedavisi alternatifleri arasında vildagliptin, repaglinid ve pioglitazon bildirilmektedir. Olgu örneğimizdeki tedavi başarısı böbrek yetmezliği gelişmiş ve insulin kullanamayan yaşlılarda repaglinid (meglitinid grubu) ve dipeptidil peptidaz inhibitörlerinden (DPP-4) vildagliptin tedavisinin uygun olabileceğini düşündürmektedir.

P 04
DİYET POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YAŞLI HASTALARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİ (BKİ) DAĞILIMI

Aynur Özdener[1], Merve Örnek[1], Sumru Savaş[2], Fulden Saraç[2], Fehmi Akçiçek[2]

1 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD
2 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri BD

Giriş: Obezite günümüzde yaşlı popülasyon dahil toplumun tümünü ilgilendiren önemli bir sağlık sorunudur. Yaşla beraber gelen aşırı kilo ve obezitenin ileri yaşlarda da devam etmesi bireyin kalitesiz bir yaşam sürdürmesine ve birçok sağlık sorununun ortaya çıkmasına neden olur. Yaşlı kişilerde beden kitle indeksinin 29 ve üzeri olması durumunda fazla kilolu kabul edilmektedir. Bu amaçla, diyet polikliniğine başvuran yaşlı hastaların BKİ'lerinin dağılımını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: 1 Ekim 2010-30 eylül 2011 tarihleri arasında toplam 1 yıllık süre içerisinde iç hastalıkları diyet polikliniğine başvuran hastaların verileri hastane kayıtlarından incelendi ve 65 yaş ve üzeri olanlar belirlendi. 65 yaş ve üzeri olan hastaların verileri kaydedildi.

Bulgular: Bir yıllık sürede iç hastalıkları diyet polikliniğinde toplam bakılan hasta sayısı 4349'du. Bunların % 7.6'sı (333 kişi) 65 yaş ve üzeridir. 65 yaş ve üzeri hastalardan 292'sinin BKİ'si mevcuttur. 292 hastanın % 2'sinin BKİ'si 22 ve altındadır. %6.5'inin BKİ'si 22.1-24.9 arasındadır. % 28.7'sinin BKİ'si 25-28.9 arası, %54.4' ünün BKİ'si 29-39.9 arası, % 8.3'ünün BKİ'si 40 ve üzeridir.

Sonuç: Türk toplumunda diyet polikliniğe başvuran yaşlı hastalarda obezite oranı oldukça yüksektir. Bakılan hastalar iç hastalıkları bünyesinden diyet polikliniğine yönlendirildikleri için oranın yüksek olduğu düşünülmektedir.

P 05
BİR BAKIM MERKEZİNDE KALAN YAŞLILARDA BAĞIMLILIK PROFİLİ

Uzm. Dr. Önder Ovalı, Hem. Fatma Cerit Soydan, Dr. Emine Öksüz

TSK Çamlıca Özel Bakım Merkezi

AMAÇ: Yaşlı nüfusun artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması, yaşlıların pek çok tıbbi sorunla karşı karşıya kalmasına sebep olmaktadır. Tıbbi sorunlar zamanla yaşlının günlük yaşamını olumsuz olarak etkilemektedir. Çalışma bakım merkezinde kalan yaşlıların kognitif durumlarını ve fonksiyonel bağımsızlıklarını değerlendirmek ve sonuca yönelik olarak verilecek hizmetleri planlamak amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma 185 yaşlının kaldığı huzurevinde Mart 2012 tarihi itibari ile yapıldı. Bakım merkezinde kalan yaşlıların sosya - demografik verileri tarandı. Bağımlılık durumlarının değerlendirmesinde Standardize Mini Mental Test (SMMT), Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ölçeği ve Barthel indeksi kullanıldı.

BULGULAR: 183 yaşlının 126'sı (%68.9) kadındı. 67'si (%36.6) üniversite mezunu idi. Yaş ortalaması 82.5 'di. 33 (%18) yaşlının SMMT puanı 23 'ün altındaydı. Yaşlıların bağımlılık düzeylerine bakıldığında 31 yaşlı (%16.9) bağımlı, 24'ü (13.1) yarı bağımlı bulundu. SMMT puan ortalaması 25.8'di. Bulgular değerlendirildiğinde yaş ile SMMT arasında negatif korelasyon (r=--0.322; p< o.o1) vardı ve anlamlıdır. Ancak Barthel puanları ile yaş kıyaslandığında aralarında negatif korelasyon (r=-0,116; p= 0.132) olmasına rağmen istatiksel olarak anlamlı değildir. Yapılan regresyon analizinde SMMT puanı üzeride yaş ve eğitim düzeyinin etkili olduğu bulundu (p<0.05).

SONUÇ: Özellikle bağımlılık durumlarının yaşla paralel olarak artması, beklenen yaşam süresinin sürekli uzadığı günümüzde yaşlıya sunulan medikal ve sosyal hizmetlerin etkin şekilde sürdürülmesi ve geleceğe yönelik planlama yapılabilmesi açısından önemlidir.

Yaşlılara verilecek hizmetlerin belirlenmesinde ve personel planlamasının yapılmasında yaşlının mevcut bağımlılık durumunun ve etkileyen faktörlerin saptanması en önemli kriterlerdendir.

P 06
PERKUTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ (PEG) İLE BESLENEN YAŞLILARIN ANALİZİ

Nurullah Yücel, Esad Karışık, Hilal Özkaya, Hakan Farımaz, Hafize Doğan
İstanbul Büyükşehir Belediyesi İstanbul Darülaceze Müdürlüğü

Giriş: Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) ağız yoluyla beslenemeyen hastaların beslenmesini sağlamak amacıyla, karın duvarından mideye tüp yerleştirilmesidir. Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) uzun dönemli enteral beslenme için tercih edilen bir işlemdir.

İlk olarak 1980 yılında cerrahi gastrostomiye alternatif olabileceği bildirilmiştir. PEG, ameliyathane şartları gerektirmemesi, yüzeysel genel anestezi ile yapılabilmesi, işlem süresinin kısa olması ve düşük komplikasyon riski nedeniyle en sık tercih edilen uzun dönemli enteral beslenme yöntemidir.

Perkütan endoskopik gastrostominin (PEG) Başlıca endikasyonları; Yutma güçlüğü yapan maliğn olmayan hastalıklar, Motor nöron ve diğer dejeneratif hastalıklar, Akut nörolojik hastalıklar (travma, strok v.s.), Kronik nörolojik hastalıklar (dejenaratif nörolojik hastalıklar), Demans, Orofarinks kanserleri, Özefagus kanseri, Mide kanseridir.

Gereç ve Yöntem: İstanbul Darülaceze Müdürlüğünde 65 yaş üstü yaşlılardan Nisan 2008 – Nisan 2012 tarihleri arasında PEG ile beslenen 17 yaşlının analizi yapıldı. Hasta dosyalarından ve Otomasyondan elde edilen veriler analizlere tabi tutuldu.

Bulgular: PEG ile beslenen yaşlıların cinsiyete göre dağılıma bakıldığında kadınların % 76,45'ini (n=13) oluşturmakta. Analizi yapılan yaşlıların yaş ortalamasının 82,23±9,86 yıl, erkeklerin yaş ortalaması 77,4±5,43 yıl, kadınların yaş ortalamasının 84,25±8,26 yıl olarak bulundu.

Araştırmaya dahil edilen yaşlılardan 6 tanesinde hala PEG ile beslemenin devam ettiği, %64,7 (n=11) yaşlının vefat ettiği tespit edildi.

Araştırmaya dahil edilen tüm yaşlıların PEG ile beslenme süresi ortalamasının 236, 82 gün (min=22, max=575), Halen PEG ile beslenen yaşlılar incelendiğinde ise beslenme süresi ortalamasının 288,16 gün (min=57, max=575) olarak tespit edildi.

Erkeklerin PEG ile beslenme süresi ortalaması 201,58 gün (min=126, max=274), Kadınların PEG ile beslenme süresi ortalaması 247,69 gün (min=83, max=575) bulundu.

Araştırmaya dahil edilen 17 yaşlının hastalık tanıları incelendiğinde; 7 Hipertansiyon, 7 Demans, 5 İskemik Kalp Hastalığı, 3 Kanser, 3 Serebro Vasküler Olay, 3 KOAH, 2 Diabetes Mellitus, 2 Parkinson tanıları tespit edildi.

Araştırmaya dahil edilen yaşlılar içinde halen hayta olupta en uzun süredir (575 gün) PEG ile beslenen yaşlı detaylı olarak incelendiğinde; Demans, Hipertansiyon, Diabetes Mellitus, KOAH, Kalp yetmezliği tanıları ile tedavilerinin devam ettiği, Hastalıkları için 9 farklı ilaç kullandığı, Günlük 13 doz ilaç kullandığı tespit edildi. Sabah açlık kan şekeri ortalamasının 96, Tansiyon ortalamasının 100/60 mm/hg, Kilosu 42,4 kg ve Boyu 140cm olarak bulundu.

Sonuç: Huzurevi ve Bakımevi gibi kurumsal bakım merkezlerinde Perkütan endoskopik gastroenterostomi, kolay uygulanan, etkin, güvenli ve beslenme için kullanışlı; uzun dönem beslenme desteği sağlaması, düşük komplikasyon oranı nedeni ile avantajlı olduğu söylenebilir.

Huzurevi ve Bakımevinde oral beslenemeyen ve uzun süreli oral beslenemeyeceği düşünülen hastalarda malnütrisyon gelişmeden PEG uygulanmalıdır.

Malnütrisyon ve diabetes mellituslu hastalarda başta yara yeri enfeksiyonu olmak üzere komplikasyonlar artabilir. Bu nedenle bu gurup hastalarda gelişebilecek komplikasyonlar açısından daha dikkatli olunmalıdır.

Kadınların erkeklere göre oransal olarak yaklaşık 2 kat daha fazla PEG ile beslenmesi ve kadın yaş ortalamasının daha yüksek bulunması dikkat çekici bulgu olarak değerlendirildi.

Hipertansiyon ve Demans tanılı yaşlıların beslenme ile ilgili sorunlar yönünden daha yakından takip edilmesinin önemli olduğu söylenebilir.

Kaynaklar:

1. Alper E., Baydar B., Arı F.Ö., "Perkütan endoskopik gastroenterostomi uygulama deneyimlerimiz: Endikasyon ve komplikasyonlar" Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 2009; 8 (2): 74-76
2. Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ Jr. "Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic techni-

que." J Pediatr Surg 1980;15:872-5.
3. Nadir I., Türkay C. "Uzun Süreli Enteral Beslenmede Etkili ve Güvenilir Yaklaşım: Perkütan Endoskopik Gastrostomi" Güncel Gastroenteroloji 15/2 Haziran 2011
4. Kilciler G., Uygun A. "Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG)" SKOP Gastrointestinal Endoskopi Dünyası 2012 Sayı:2 33-36

P 07
PSİKİYATRİK BELİRTİLERLE BAŞVURAN BİR PRİMER PROGRESİF AFAZİ OLGUSU

Bilgen Biçer Kanat, Umut Altunöz, Direnç Sakarya, Erguvan Tuğba Özel Kızıl

Giriş: Primer progresif afazi (PPA) ilk kez 1982 yılında Mesulam tarafından tanımlanmış ilerleyici lisan bozukluğu ile karakterize nörodejenaratif bir hastalıktır (1). Mesulam'a göre; sözcükleri kullanma, isimlendirme gibi lisan yetilerinde zaman içinde bozulma, premorbid lisan işlevinin intakt olması, akalküli ve ideomotor apraksinin varlığı PPA için tanı ölçütleridir(2). Frontotemporal lobar dejenerasyon altında sınıflanmaktadır . Genellikle 65 yaşın altında başlar ve en az 2 yıl boyunca diğer kognitif fonksiyonlarda yıkım görülmez (3). Bu bildiride depresyon ve anksiyete belirtileri ile prezente olan, izleminde demans tanısı alan olgu sunulacaktır.

Vaka: 74 yaşında kadın hasta, evli, üniversite mezunu, emekli memur. Ailesiyle birlikte yaşıyor. Kliniğimize ilk kez 2009 yılında, yaklaşık 6 ay önce başlayan isimleri unutma, yemeklerin adını hatırlayamama, konuşma güçlüğü ve uykusuzluk şikayetleri ile başvurdu. Hasta konuşma güçlüğünü "kendini ifade edememe" şeklinde tarifliyordu. Ayrıca, oğlunun başına kötü bir şey geleceğine yönelik nedensiz endişeleri mevcuttu. Psikiyatrik muayenesinde düşünce içeriğinde obsesif ruminasyonlar, konuşma yoksulluğu, anhedoni ve duygulanımında küntleşme-apati saptandı. Spontan konuşması azalmış, tekrarlaması ve isimlendirmesinde bozulma gözlendi. Günlük yaşamını etkileyen herhangi bir unutkanlık yakınması yoktu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde önemli bir özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde lisan bozuklukları dışında patolojik bulguya rastlanmadı.

Nöropsikolojik değerlendirmesinde; Mini Mental Durum Değerlendirmesi (MMSE):28/30 ve Saat Çizme Testi (SÇT):5/5, Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST):13/15 normal olarak saptandı. Frontal Değerlendirme Aracı :8/18 ve Sayı Dizisi Testi (SDT):ileri4, geri 3 performanslarının normalin altında olduğu gözlendi. Buna göre karmaşık dikkat, sözel akıcılık, motor koordinasyon, disinhibisyon alanlarında bozukluğu olduğu saptandı. Yakın bellek ve görsel uzaysal işlevlerde bozukluk saptanmadı. Rutin laboratuar incelemelerinde herhangi bir bozukluk bulunmadı. Kranial MRG'de diffüz serebral kortikal atrofi saptandı. Beyin SPECT görüntülemede her iki parietal lob medial kesiminde hipoperfüzyon gözlendi.

Hastanın 3 yıllık klinik izlemi sonucunda antidepresan tedaviye (paroksetin 40mg/gün-6 ay, venlafaksin 225mg/gün-16 ay ve essitalopram 10mg/gün-6 ay) yanıt vermediği, konuşma miktarının giderek azaldığı, kelime bulma güçlüğünün arttığı gözlendi.1 yıl sonra yapılan nöropsikolojik değerlendirmede MMSE:29/30, SÇT:5/5, SBST: 14/15 normal olarak saptandı. İlerleyen dönemde sözel iletişim kuramaz hale geldiği ve tüm sorulara başını sallayarak cevap verdiği (tam mutizm) gözlendi. Son 6 aya dek yazarak iletişim kurabilen hastanın yakın dönemde yazamaz hale geldiği öğrenildi.

Tartışma: PPA da hemen tüm lisan işlevlerinin bozulmasına karşın diğer bilişsel işlevlerin korunması kural olarak bilinmektedir (1).Alzheimer tipi demanslardan farklı olan özellikleri: başlangıç yaşının daha erken olması, yakın bellek, viziospasyal beceri ve gnozi gibi diğer bilişsel işlevlerin korunmuş olmasıdır. Ayrıca bu hastalarda Alzheimer Hastalığı'ndan farklı olarak son dönemlere kadar günlük yaşam aktivitelerinin de etkilenmediği bildirilmektedir. Hastalık için süreci yavaşlattığı ya da gerilettiği gösterilmiş herhangi bir tedavi bulunmamaktadır. Genellikle birkaç yıl içinde tam mutizm ile sonlanmaktadır.

Hastamızın klinik seyri, lisan işlevi bozukluğunun progresyonu ve başka demansiyel belirtilerin olmaması PPA tanısını düşündürmüştür. Ancak, hastada tipik PPA tablosundan farklı olarak belirgin apati, motivasyon eksikliği, yürütücü işlev bozukluğu gibi günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyen frontal disfonksiyonlar da bulunmaktadır. Ayrıca, beyin görüntüleme bulguları da PPA tanısını desteklememektedir. PPA hastaları ile kontrolleri nöropsikiyatik belirtiler yönünden karşılaştıran bir çalışmada PPA depresyon, apati, ajitasyon, anksiyete, iştah değişikliği ve gerginlik-tahammülsüzlük ile ilişkili bulunmuştur (4). Medina ve Weintraub'un yaptıkları bir çalışmada PPA hastalarında klinik düzeyde olmasa bile depresif semptomların sıklıkla görüldüğünü, özellikle sosyal içe çekilme ve anerjinin PPA ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (5). PPA'da görülen nöropsikiyatik belirtiler diğer bilişsel alanlar görece sağlamken lisan alanındaki ilerleyici bozukluğa bir tepki olabileceği gibi, PPA'daki nörodejeneratif sürecin

bir parçası da olabilir (4). Bu bulgular dahilinde olgunun davranışsal-frontal özellikler de taşıyan bir PPA olgusu olduğu düşünülmüştür.

Kaynaklar

1. Mesulam MM. Slowly progressive aphasia without generalized dementia Ann Neurol1982;! 1:592-598
2. Mesulam MM: Primary progressive aphasia—a language-based dementia. N Engl J Med 2003, 349:1535–1542
3. Mesulam MM. 2001. Primary progressive aphasia. Ann Neurol, 49:425–32
4. Fatemi Y, Boeve BF, Duffy J, Petersen RC, Knopman DS, Cejka V, Smith GE, Geda YE.Neuropsychiatric aspects of primary progressive aphasia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2011 Spring;23(2):168-72.
5. Medina J, Weintraub S. Depression in Primary Progressive Aphasia. J Geriatr Psychiatry Neurol.2007; 20(3):153–160

P 08
ACİL POLİKLİNİĞNE BAŞVURAN YAŞLI HASTALARDA ARTERYEL TANSİYON ÖLÇÜMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeliha Musaoğlu, Bilger Çavuş, Esra Can, Gökçe Çıplak, Alper Felekoğlu, Nejla Yılmaz

Pınarhisar İlçe Devlet Hastanesi

Giriş: Tüm dünyada ve ülkemizde hipertansiyon önlenebilir kardiyovasküler risk faktörleri içerisinde yer almaktadır. Türkiye'de yapılmış olan **Patent (Prevalance, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey) çalışmasına göre Türkiye'de 18 yaş üstü erişkinlerde hipertansiyon prevalansı %31.8 iken, 65 yaş ve üstü bireylerde hipertansiyon prevalansı %75.1 olarak bulunmuştur.**

Amaç: Çeşitli nedenlerle acil polikliniğimize başvuran yaşlı hastalarda arteryel tansiyon ölçümlerinin cinsiyet ve yaş gruplarına göre değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Acil polikliniğine son 6 ay içerisinde çeşitli nedenlerle başvuran 65 yaş ve üzeri hasta grubunda arteryel tansiyon ölçümleri, yaşları, cinsiyetleri poliklinik dosyaları taranarak kaydedildi. Hastaların daha önceden antihipertansif ilaç kullanıyor olması, ek hastalık durumları göz önüne alınmadı. Hastalar cinsiyetlerine ve yaşlarına göre sınıflandırıldı. Yaş grupları 65-75 yaş arası ve 75 yaş üstü olarak belirlendi. Arteryel tansiyon ölçümleri JNC VII (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) kılavuzuna uygun olarak gruplandırıldı.

Bulgular ve Sonuç: Çeşitli nedenlerle acil polikliniğimize son 6 ay içerisinde başvuran toplam 433 geriatrik hastanın 221'i 65-75 yaşları arasında, 212'si 75 yaş üzerindeydi. Hastaların %39'u erkek, %61'i kadındı. JNC VII kılavuzuna göre hastaların %8'i normal tansiyona sahip iken, % 19'u prehipertansyon, % 24'ü evre I hipertansiyon, % 49'u evre II hipertansiyon olarak saptandı. Hastaların %28'inde izole sistolik tansiyon saptandı.

Hastaların %92'de arteryel tansiyonları regüle seyretmediği saptandı. Bu yüksek oran daha önce ülkemizde yapılmış olan, 65 yaş ve üstü bireylerde hipertansiyon prevalansı % 75.1 olarak saptandığı Patent çalışması ile paralellik göstermektedir. Çalışmamızda normal TA ölçümü oranlarının az olmasının nedenlerinden biri hasta popülasyonunu acil poliklinik hastalarının oluşturmasıdır. Acil poliklinikte arteryel tansiyon ölçümlerini ve nedenlerini değerlendiren geniş kapsamlı çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Giderek yaşlanan toplumumuzda hipertansiyon gibi kardiyovasküler mortalite ve morbidetede önemli yer tutan bir risk faktörünün daha çok önemsenmesi gerekmektedir.

Tablo-1- Hastaların JNC VII'e göre TA ölçümlerinin değerlendirilmesi

	SistolikTA (mmHg)	DiyastolikTA (mmHg)	Kadın hasta	Erkek hasta	Toplam	Toplam (%)
Normal	<120	<80	12	24	36	8
Prehipertansiyon	120-139	80-89	38	42	80	18
Evre 1 HT	140-159	90-99	61	43	104	24
Evre 2 HT	≥160	≥100	153	60	213	49
İzole sistolik HT	≥140	<90	83	41	124	28

P 09
BİR BAKIM MERKEZİNDE KALAN DEMANSLI YAŞLILARDA DAVRANIŞ PROBLEMLERİNİN BELİRLENMESİ

Hem.Fatma Cerit Soydan[1], Dr. Emine Öksüz[2]

1 GATA Çamlıca Özel Bakım Merkezi
2 GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Baştabipliği

AMAÇ: Demanslı hastalarda görülen davranış problemleri, onlara bakım veren sağlık personelinin ve aile üyelerinin bakım sürecini devam ettirmelerini güçleştirmekte ve yaşam kalitelerini düşürmektedir. Çalışma 190 yaşlının kaldığı bir bakım merkezinde demans tanısı alan yaşlılardaki davranış problemlerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Özel bölümde çalışan sorumlu hemşireler ve yaşlıya birebir hizmet veren yaşlı bakıcılara demansta davranış problemleri ile ilgili bilgilendirme yapılmış olup, kendilerinden Haziran 2011 itibari ile (bir ay süresince), demanslı yaşlıların davranış problemlerini ve zamanını kaydetmeleri istenmiştir. Davranış problemlerinin sınıflandırmasında Cohen Mansfield ajitasyon ölçeği (1986) kullanılmıştır. Her gün ortaya çıkan bir veya birden fazla tekrarlayan problemli davranış ajitasyon olarak kabul edilmiştir. Ayrıca hizmet veren personelden özellikle hangi problemli davranıştan rahatsız olduklarını belirtmeleri istenmiştir.

BULGULAR:. 32 demanslı yaşlının yaş ortalaması 85 olup, %75'i ilköğretim mezunu idi. 25'i (%78) kadındı. 27 demanslı yaşlının Standardize Mini Mental Test (SMMT) puanı 21'in altında iken, 1 yaşlının SMMT puanı 22 idi. 4 yaşlıya bilişsel durumu nedeniyle SMMT uygulanamadı. Demanslı yaşlıların 28'inde (%87,5) ajitasyon olduğu değerlendirildi. Gündüz saatlerinde akşam saatlerinden daha sık ajitasyon belirtileri gözlendi. Sözel olmayan agresif davranışlardan olan "yakınma" 26 yaşlıda (%81,3), "tekrarlayan ifadeler" 28 yaşlıda (%87,5) mevcuttu. 5 yaşlıda (%15,6) "amaçsız dolaşma" vardı. 2 (%6,3) yaşlıda fiziksel ve agresif davranışlardan "vurma" mevcuttu. 8 yaşlıda (%25) sözel agresif davranışlardan "garip sesler çıkarma" ve haftada 2-3 kez" küfür etme" davranışı gözlemlendi. Hizmet veren personelin özellikle küfür, fiziksel ve agresif davranışlardan rahatsız oldukları belirlendi

SONUÇ: Demanslı hastaların çoğunda davranış problemleri oldukça yaygındır. Kolayca ajite olan ve fiziksel agresyonu yüksek demanslı yaşlılar, birebir hizmet veren personel ve kurumda kalan diğer sakinler açısından fiziksel ve psikolojik tehdit oluşturabilirler. Bu durum hizmet verecek personel ihtiyacını arttırır. Davranış problemlerini düzenli değerlendirmek, başlangıç aşamasında fark ederek tetikleyici faktörü saptamak ve bu konuda baş etme becerilerini geliştirmek bakımı kolaylaştıracak ve hizmetin kalitesini arttıracaktır.

P 10
HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN YAŞLI AYRIMCILIĞINA İLİŞKİN TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Birsen Altay[1], Bahar Kefeli Çol[2], Tuğba Aydın[3]

[1] Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksek Okulu
[2] Rize Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu
[3] Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

Amaç: Bu araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin; yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel türde olan bu araştırmanın evrenini Samsun Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmada evrenin tamamının alınması hedeflenmiş, örneklem seçimine gidilmemiştir. Ancak, yaşlılıkla ilgili seçmeli ders alma, araştırmaya katılmayı kabul etmeme gibi nedenlerle araştırma kapsamına toplam 298 öğrenci alınmıştır. Veriler 26.12.2011- 06.01.2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla hazırlanmış Anket Formu" ve "Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ)" kullanılmıştır. Veriler SPSS for Windows 14.00 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler ve Student T-Test, One-Way ANOVA istatistik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %29.2'si 1.sınıf, %26.8'i 2. sınıf, %20.1'i 3.sınıf ve %23.8'i ise 4 sınıf öğrencisi olup, %77.2'si kız öğrencidir. Öğrencilerin %51'i en uzun süre ilde yaşamıştır, %78.2'si çekirdek aileye sahiptir. Yaşlı ayrımcılığı toplam ölçek puanı 68.82±8.54 olarak, iyi düzeyde bulunmuştur. Birinci sınıfların olumlu ayrımcılık alt ölçek puan ortalaması (26.59±5.64) ve YATÖ toplam puan ortalamaları (66.60±10.32) diğer sınıflara göre en düşük 4.sınıf öğrencilerin ise anlamlı düzeyde en yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). En çok yaşanılan yerin il olduğunu bildiren öğrencilerin olumsuz ayrımcılık alt ölçek puan ortalaması (18.29±3.38) ve YATÖ toplam puan ortalaması (70.03±8.15) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Öğrencilerin %55'inin yaşamının herhangi bir döneminde yaşlı ile birlikte yaşadığı saptanmış olup, yaşamını sınır-

lama alt ölçek puanı (23.20±5.73), yaşlı ile hiç yaşamayan öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yaşlılık değince akla yalnızlık geldiğini bildiren öğrencilerin yaşamını sınırlama alt ölçek puan ortalaması (20.28±4.91) en düşük, şevkat akla geldiğini bildiren öğrencilerin olumlu ayrımcılık alt puan ortalaması (31.07±5.20) ve YATÖ toplam puan ortalamaları (70.13±7.60) anlamlı düzeyde en yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Öğrencilerin %68.5'i mezun olunca klinikte yaşlı bireylere bakım vermek istediğini ifade etmişlerdir. Yaşlı bireylere bakım vermek istediğini bildiren öğrencilerin olumlu ayrımcılık alt ölçek puanı (29,50±5,45) ve YATÖ toplam puan ortalaması (69,64±8,98) bakım vermek istemediğini bildiren öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Samsun Sağlık Yüksek Okulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaşlıya yönelik olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Okullarda geriatri eğitimlerinin verilmesi yaşlı ayrımcılığının önlenmede yaralı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Öğrencileri, Yaşlı, Yaşlı Ayrımcılığı, Tutum

P 11
DARÜŞŞAFAKA İSTANBUL HUZUREVLERİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ

F. Esra Güneş[1], Dilek Özdemir[2]

1 Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü
2 Darüşşafaka Kurumları Başhemşiresi

AMAÇ: Fiziksel ve sosyal yönden yeterli imkanlara sahip özel huzuevlerinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD: Araştırmada evren olarak Darüşşafaka İstanbul Huzurevleri, Ara Bakım ve Özel Bakım Ünitelerinde devamlı kalan toplam 230 üye alınmıştır. Bu üyelerden, örneklem olarak iletişim kurulabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 97 kişi seçilmiştir. Yaşam kalitelerinin ölçülmesinde SF36 testi kullanılmıştır. Testi, yaşlıların kendileri cevaplamıştır. Elde edilen veriler, SPSS 17 istatistik programı ile değerlendirilmiş ve tablolarla yansıtılmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya dahil edilen yaşlıların % 27,84'ü erkek, % 72,16'ı kadındır. Yaş ortalamaları 80,97dir. Yaşlıların yaşam kalitesi hesaplandığında ölçekte bulunan iç grupların yüzdelerinin ortalamaları % 70,58 olarak saptanmıştır. Bu değer, araştırma için seçilen özel huzurevlerinde fiziksel ve sosyal açıdan yeterli imkanlara sahip olarak yaşamını sürdüren yaşlıların yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte yaşlıların yaşam kalitesine, yaş grupları, medeni durumları, cinsiyet ve sağlık güvencelerinin etkisi incelendiğinde, grupların ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p> 0.05$) .

SONUÇ: Sonuç olarak, seçilen kurumlarda yaşayan yaşlıların fiziksel ve sosyal yönden yeterli imkanlara sahip olma durumlarının yaşam kalitelerini yükselttiği düşünülmektedir.

P 12
GERİATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA DEPRESYON VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Berrin Karadağ[1], Dr. Sema Uçak[1], Dr. Cüneyt Kahraman[2], Dr. Okcan Basat[1], Dr. Yüksel Altuntaş[1]

1 Şişli Etfal EAH 2.Dahiliye/Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği
2 Fatih Sultan Mehmet EAH, Dahiliye Kliniği

GİRİŞ ve AMAÇ: Günümüzde, dünya yaşlı nüfusunun hızla artması ile birlikte yaşlılığa özgü sağlık sorunları da giderek daha çok önem kazanmaktadır. Depresyon yaşlam kalitesi ve üretkenliği bozan, dolaylı olarak, var olan diğer kronik hastalakların kötüleşmesine ve ekonomik kayıba yol açan bir sağlık sorunudur. Bu çalışmamızda Geriatri polikliniğine başvuran hastalarda ayrıntılı geriatrik değerlendirme ile depresyon varlığı araştırılıp, sosyodemografik özellikleri incelendi.

MATERYAL ve METOD: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzerindeki 241 kişi çalışmaya alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden 241 yaşlı, yüz yüze görüşlmeye alnndı ve sosyo-demografik bilgileri kaydedildi. Depresyon tanısı için Yesavage geriatrik depresyon ölçeği (kısa form) kullanıldı. Geriatrik depresyon ölçeği (GDÖ) toplam 15 soru içermektedir. 5 soru (1, 5, 7, 11 ve 13) olumlu, diğerleri olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesinde olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara evet yanıtları 1 'er puanla eşleşmiştir. Ölçekten toplam 6 ve üzerinde puan toplanması depresyon tanısı için anlamlı kabul edilmektedir. Elde edilen veriler, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, yaşam koşulu ve yaşam alanı ve kullanılan ilaç sayısı ile depresyon ilişkisi açısından bir istatistik programının tek değişlkenli ve çok değişlkenli istatistiksel analizleri kullanılarak incelendiler.

BULGULAR: Çalışmaya katılan vakarlın 144'ü erkek ve 97'si kadın idi. Çalışmamızda 241 hastanın 94'ünde depresyon tespit edilmişti ve ve bu sayının fazlalılığı oldukça dikkat çekiciydi (%39). Depresyon varlığı ile kadın cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,006). Hastaların dul olması ve huzurevinde yaşamaları, depresyon ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Ayrıca alkol kullananlarda ve yatağa bağımlı olanlarda da depresyon anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Kullanılan ilaç sayısı ortalamaları depresyon olan grupta daha fazla olsa da her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,101).

SONUÇ: Depresyon birinci basamakta yaşlılarda sık görülen ve yetersiz tanı ve tedavi nedeniyle kötü prognoz gösteren bir sağlık sorunudur. Taranmadığı takdirde somatik yakınmalar arasında kolaylıkla fark edilemeyen depresyon bulgularını tarama ölçekleri ile saptamak mümkündür. Çalışmamızda depresyon ve cinsiyet analizi yapıldığında kadınlarda istatistiksel olarak depresyon daha fazla bulundu. Kadınların biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu kadını depresyona yatkın kılmaktadır. Medeni durum ile depresyon analizinde, dul olanlarda depresyon istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.

Tablo 1. Depresyon, yaş ve cinsiyet dağılımları

		Depresyon (-)		**Depresyon (+)**		
Yaş		76,12±6,77		73,15±6,25		**t:3,42 p=0,001**
Cinsiyet	**Erkek**	98	66,70%	46	48,90%	**χ^2:7,49**
	Kadın	49	33,30%	48	51,10%	**p=0,006**

Tablo 2. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve depresyon

		Depresyon (-)		**Depresyon(+)**		
Medeni Hal	**Evli**	84	57,10%	41	43,60%	
	Dul	63	42,90%	51	54,30%	**χ^2:6,72**
	Bekar	0	0,00%	2	2,10%	**p=0,035**
Yaşam Koşulu	**Yalnız**	23	15,70%	11	11,70%	
	Akraba	50	34,00%	35	37,20%	
	Huzurevi	0	0,00%	17	18,10%	
	Bakıcı	0	0,00%	6	6,40%	**χ^2:45,57**
	Eşi	74	50,30%	25	26,60%	**p=0,0001**
Eğitim Seviyesi	**Yok**	34	23,10%	21	22,30%	
	Okur Yazar	47	32,00%	24	25,50%	
	İlkokul	36	24,50%	24	25,50%	
	Orta	21	14,30%	13	13,80%	
	Lise	7	4,80%	6	6,40%	χ^2:5,49
	Üniversite	2	1,40%	6	6,40%	p=0,359
Sigara	**Yok**	77	52,40%	43	45,70%	χ^2:1,01
	Var	70	47,60%	51	54,30%	p=0,315
Alkol	**Yok**	140	95,20%	70	74,50%	**χ^2:22,06**
	Var	7	4,80%	24	25,50%	**p=0,0001**
Mobilite	**Yatağa Bağımlı**	8	5,40%	20	21,30%	**χ^2:14**
	Mobil	139	94,60%	74	78,70%	**p=0,0001**
Yaşam Alanı	**Kent**	111	75,50%	78	83,00%	χ^2:1,89
	Kırsal	36	24,50%	16	17,00%	p=0,169

P 13
YAŞLIDA NADİR BİR DELİRYUM SEBEBİ: NONKONVULZİV STATUS EPİLEPTİKUS

Aslı Tufan[1], Murat Sarı[2], Sibel Akın[1], Gülistan Bahat Öztürk[1], Timur Selçuk Akpınar[2], Bülent Saka[2], Nilgün Erten[1], Cemil Taşçıoğlu[2], Mehmet Akif Karan

1 İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
2 İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ

Nonkonvulsiv status epileptikus (NKSE), elektroensefalogramda (EEG) devamlı ve tekrarlayan nöbet aktivitesinin eşlik ettiği ve klinikte konfüzyondan komaya kadar değişen akut şuur değişiklikleriyle prezente olan bir tablodur. Yaşlılardaki nadir deliryum sebeplerindendir. Sadece epilepsili hastalarda değil, daha önceden epilepsi öyküsü olmayanlarda da görülebilir. EEG tanı koydurucu tek laboratuvar yöntemidir. Bu olguda antibiyotik kullanımı sonrası gelişen NKSE sunmayı hedefledik.

OLGU

Bilinen 20 yıldır diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği tanıları mevcut olan 71 yaşında kadın hasta sağ ayak tabanında yer alan akıntılı lezyon sebebiyle servise kabul edildi. Fizik muayenesinde ayak tabanında yer alan 2x2 cm lik akıntılı lezyon ve sol ayak 1. parmak amputasyonu dışında özellik yoktu. Ramipril 10 mg,, insulin aspart günde 3 kez, insulin glarjin tek doz kullanıyordu. Açlık kan şekeri 107mg/dl, tokluk kanşekeri 130 mg/dl, HbA1C 7. 1, BUN 36mg/dl, Kreatinin 1,5mg/dl ölçüldü. Yara yerinden alınan kültürde Pseudomonas aeruginosa üremesi üzerine tedavisi sefepim ve amikasin olarak düzenlendi. Tedavinin 5.gününde hastanın kooperasyonu ve oryantasyonu bozuldu ve bilinçte dalgalanmalar gözlendi. Deliryum tanısı ile incelenen hastanın metabolik parametrelerinde patoloji saptanmadı. Kranial görüntülemesinde özellik yoktu. Çekilen EEG si NKSE ile uyumlu bildirildi. Sebep olarak kullanmakta olduğu antibiyotikler düşünüldü. Antibiyotik tedavisi kesilip levetirasetam tb başlanan hastanın takiplerinde bilinç durumu düzeldi ve atağı tekrarlamadı.

SONUÇ

NKSE deliryum varlığında akla getirilmesi gereken bir tablodur. Tanı konabilmesi için kuşkulanılan tüm olgularda EEG çekilmelidir. Toksik ve metabolik etkenler, sistemik hastalıklar, başta antibiyotikler olmak üzere birçok ilaç NKSE tablosunu tetikleyebilir.

P 14
DÜŞME VAKALARININ GERİATRİK GRUPTA MORTALİTE VE MORBİDİTEYE ETKİSİNİN ANALİZİ

Hilal Özkaya, Nurullah Yücel, Hafize Doğan, Esad Karışık, Hakan Farımaz

İstanbul Büyükşehir Belediyesi İstanbul Darulaceze Kurumu

AMAÇ:Geriatrik yaş grubunda düşme,sık rastlanan,ciddi mortalite ve morbidite sebebi bir durumdur.Düşmelerin femur boyun kırığı veya kafa travması ile sonuçlanması, klinik ciddiyeti artırmaktadır.65 yaş ve üzerindeki yaşlıların %30'u her sene düşerken,bu oran 80 yaşından sonra %50 olmaktadır.(1,2)

Çalışmamızda,kurumumuzda yaşayan sakinlerden son 1 yılda düşenlerin sayısı,düşmenin tekrarlama oranı,düşen sakinlerdeki osteoporoz oranları, düşme komplikasyonu olarak femur boyun kırığı ve kafa travması oranları ile bunların mortalite üzerine etkisi incelenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Kurumumuzda kalan 65 yaş üstü sakinlerden 31.03.2011 ve 31.03.2012 tarihleri arasında düşen 135 kişi vaka grubu olarak alınmıştır.Grubun yaş ortalaması, cinsiyet dağılımı, osteoporoz oranları, tekrarlayan düşme oranları, düşme sonucu femur boyun kırığı, kafa travması geçirme ve femur dışı kırık oranları ile düşme sonrası 1 aylık mortalite oranları incelenmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 135 kişinin 95'i kadın,40'ı erkek cinsiyet idi.Grubun yaş ortalaması 79,7±7,99 olup, kadınların yaş ortalaması 81,78±7,59 yıl, erkeklerin ise 74,88±6,79 idi.Düşen kadın sakinlerden 65'inde(%65) ,erkek sakinlerden 6 'sında(%15) osteoporoz tanısı olup istatiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu($p<0,05$).Tüm düşen sakinlerde osteoporoz oranı ise %50,4 idi(Tablo 1)

Tablo 1

	OSTEOPOROZ		Total
	EVET	HAYIR	
kadın	62 45,9%	33 24,4%	95 70,4%
erkek	6 4,4%	34 25,2%	40 29,6%
Total	68 50,4%	67 49,6%	135 100,0%

Tablo 2

	FEMUR KIRIĞI		Total
	EVET	HAYIR	
kadın	11 8,1%	84 62,2%	95 70,4%
erkek	2 1,5%	38 28,1%	40 29,6%
Total	13 9,6%	122 90,4%	135 100,0%

Grubun femur boyun kırığı ve femur dışı kırık oranı incelendiğinde, 135 kişide 13 femur kırığı (%9,6),kadın düşen grupta femur kırığı vakası 11 (%8,1),erkeklerde 2 vaka (%1,5) idi.Erkek ile kadınlarda femur kırığı vakasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.(p>0,05)(Tablo 2)Femur dışı kırıklar incelendiğinde ise toplam 5 kırık tesbit edilmiş olup oran %3,7, kadınlarda 4 vaka ile oran %3, erkeklerde ise 1 vaka ile oran %0,7 idi.Kadın ve erkek cinsiyet arasında femur dışı kırıklar arasında istatiksel olarak anlamlı fark yoktu.(p>0,05)

Grubun düşme sonucu kafa travması geçirme sayısı 56(%41,5), kadınlarda kafa travması vakası 37 (%27,4),erkeklerde ise sayı 19 (%14,1) idi.Düşen sakinlerin tekrar düşme oranları incelendiğinde ise 135 kişiden 39'unun (%28,9) tekrarlayan düşmelerinin olduğu,kadınlarda 32 vaka ile %23,7 oranında,erkeklerde ise 7 vaka ile %5,2 oranında bulunmuştur.Her 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tesbit edilmemiştir(p>0,05)

Düşme kaynaklı ölüm vakası incelendiğinde ise 4 vaka tesbit edilmiştir.4 vakanın 2'sinde etiyoloji kafa travması, diğer 2'sinde ise femur boyun kırığı bulunmuştur.Aynı zamanda vakaların yarısı(n=2) kadın, diğer yarısı ise (n=2)erkek cinsiyettir.Mortalite vakalarında yaş aralığı 74-90, yaş ortalaması 82,5±7,0 idi.

SONUÇ:Kurumumuzda son 1 yıldaki düşme olayları incelendiğinde,beklenen oranlarda düşme vakası tesbit edilmiştir. Düşmeye bağlı mortalite ve morbidite oranları gözönüne alınarak, düşmeleri önleyici multidisipliner çalışma ve araştırmaların gerekliliği görülmüştür.

Kaynaklar:

1. Farguhar CM,Marjoribanks J,Lethaby A,Lamberts Q,Suckling JA,The Cohran Study Group.Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women.Cochrane Database Syst Rev.2005;20:3
2. Hejdova M, Palicka V, Kucera Z, Vlcek J.Effects of alendronate and calcitonin on bone mineral density in postmenopausal osteoporotic women. An observational study.Pharm World Sci. 2005 Jun;27(3):149-53.

P 15
TOPLUMDA YAŞAYAN YAŞLILARDA ANEMİ SIKLIĞI; VİTAMİN B12, FOLİK ASİT VE DEMİR EKSİKLİĞİ

Yıldırım, T., Atlı, T., Varlı, M., Aras, S., Yalçın, A., Cengiz Karaaslan, Ö., Atmış, V.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim dalı, Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Hemoglobin değerleri yaş ilerledikçe azalır. Anemi yaşlılarda mortalitede artışa, kardiyovasküler hastalığa, algılama bozukluğuna, artmış düşme ve kırık riskine, yaşam kalitesinde azalmaya, hastanede yatan yaşlılarda komplikasyon sıklığında artış ve uzamış hastanede kalış sürelerine neden olur. Ülkemizde yaşlılarda anemi sıklığı konusunda yapılan çalışmalara bakıldığında bu çalışmaların tamamının hastaneye başvuran yaşlılarda yapılan çalışmalar olduğu görülmüştür. Ancak toplumda yaşayan yaşlılar üzerinde yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı toplumda yaşayan yaşlılarda anemi sıklığı ve eritropezin yapı taşları olan folik asit, vitamin B12 ve demir eksikliği sıklıkları konusunda veri sağlamaktır.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya, Ocak 2008 – Şubat 2008 tarihleri arasında Ankara şehrinin Mamak mahallesinde yaşayan kişilerde yapılan "Mamak Bölgesinde Yaşayan Yaşlılarda Sağlık Taraması" programına başvuran 827 birey alınmıştır. Çalışmaya alınan kişilerin demografik özelikleri, tam kan sayımı, MCV, MCH, serum demir düzeyleri kaydedildi. Ayrıca bu projede elde edilen ve -80 C'de saklanan serum örneklerinden folik asit, vitamin B12 ve ferritin düzeyleri çalışıldı. Anemi tanısı, Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre konuldu. Serum demir değerinin 60 µg/dl ve ferritin değerinin 12 ng/ml altında olması demir eksikliği; vitamin B12 değerinin 200 pg/ml altında olması vitamin B12 eksikliği ve folik asit değerinin 2,6 ng/ml altında olması folik asit eksikliği olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 827 bireyin ortalama yaşı 70,86 ± 6,2 olarak saptandı. Bu bireylerin %50,1 (n =414) erkek, %49,9 (n =413) kadındı. Çalışmaya alınan tüm bireylerin %7,3 (n=60)'ünde anemi saptanırken bu oran erkeklerde % 9,2 (n=38); kadınlarda ise %5,3 (n=22) olarak saptandı. Çalışmaya alınan tüm bireylerde %7,1; erkeklerde %6,3; kadınlarda %8,0 oranında demir eksikliği saptanırken demir eksikliği anemisi sıklığı tüm bireylerde %2,8; erkeklerde %3,6; kadınlarda %1,9 oranında saptandı. Çalışmaya alınan tüm bireylerde %64,2; erkeklerde %65,2; kadınlarda %63,2 oranında vitamin B12 eksikliği, tüm bireylerde %4,4; erkeklerde %6,0;

kadınlarda %2,7 oranında vitamin B12 eksikliğine bağlı anemi saptandı. Çalışmaya alınan tüm bireylerde %10,9; erkeklerde %9,7; kadınlarda %12,1 oranında folik asit eksikliği, tüm bireylerde %1,0; erkeklerde %1,4; kadınlarda %0,5 oranında folik asit eksikliğine bağlı anemi saptandı.

Sonuç: Anemi ülkemizde gelişmiş ülkelerden çok daha önemli bir sağlık problemidir. Bu çalışma ülkemizde toplumda yaşayan yaşlılarda anemi sıklığı ve eritropezin yapı taşları olan folik asit, vitamin B12, demir eksikliği ve bunlara bağlı anemi sıklığını konusunda veri sağlayan ilk çalışmadır. Bu konuda ülkemizin farklı bölgelerinde gerçekleştirilecek daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

P 16
D VİTAMİN EKSİKLİĞİ OLAN TİP II DİABETES MELLİTUS'LU İLERİ YAŞTAKİ KADINLARDA KISA SÜRELİ D VİTAMİNİ TEDAVİSİNİN MİKROALBÜMİN DÜZEYLERİ ÜZERİNE OLAN ETKİSİ

Fulden Saraç, Sumru Savaş, Fehmi Akçiçek

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Geriatri BD, İzmir

Amaç: Son yıllarda D vitamininin kemik dışı etkileri üzerine çalışmalar çoğalmaktadır; diabetes mellitus, HbA1c düzeyleri, kardiyovasküler risk, hipertansiyon ve dislipidemi ile D vitamini arasındaki ilişki araştırılmıştır. Dolaşımda 25-hidroksivitamin D (25(OH)D) düşüklüğünün, yüksek açlık serum glikozu, azalmış insülin duyarlılığı ve artmış tip 2 diabetes mellitus sıklığı riskiyle ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda ise; 25(OH)D düzeyleri ve idrar mikroalbümin/kreatinin oranları arasında ters korelasyon bulunmuştur. Bu çalışmada amacımız ileri yaşta D vitamin eksikliği olan ve diyabetik kadınlarda D vitamini tedavisi sonrası mikrolbüminüri düzeylerindeki değişiklikleri gözlemektir.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya 25(OH)D düzeyi düşük olan ve sabit insülin tedavisi gören ileri yaştaki (ortalama yaş 65.3±4.9 yıl) Tip 2 diabetes mellituslu 30 kadın hasta alındı. Tüm hastalar, 3 ay süreyle 7.5 mg (300.000 U.I.) 3 haftada bir I.M. olarak D3 vitamini (1 ml ampul) tedavisi almaktaydı. Hastaların verileri başlangıçta ve 3. ayın sonunda olmak üzere 25(OH)D seviyeleri, açlık kan glikozu, tokluk kan glikozu, HbA1c ve idrar mikroalbümin/kreatinin düzeyleri şeklinde hasta dosyalarından retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Tüm hastaların içinde 10 hasta hipertansif olup, takipde antihipertansif tedavide değişiklik yapılmadı. Hastaların D vitamini tedavisi öncesi 25(OH)D düzeyi ortalama 33.9±7.6 nmol/L olarak saptandı. Ortalama HbA1c düzeyleri; başlangıçta olan 7.8±1.1 düzeyinden 7.0±0.8'e geriledi. Başlangıçtaki mikroalbümin/kreatinin düzeyleri 23.5±10.7 (referans aralık 0-20) seviyesinden, 3. ayın sonunda 21.8±13.7 mg/g krea düzeyine değişti ($p>0.05$).

Sonuç: Tip 2 diabetes mellitus'lu ileri yaştaki hastalarda, 25(OH)D düzeyleri yeterli replasman yapıldığında kısa dönemde mikroalbüminüri düzeylerine etkisiz gibi görünmektedir. Ancak daha büyük ölçekli ve uzun dönemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

P 17
GERİATRİK HASTADA NADİR BİR ATEŞ NEDENİ: SUBAKUT TİROİDİT

Ali Alkan[1], Asena Gökçay Canpolat[1], Aslı Karaosmanmemet[2], Güliz Zengin[1], Duygu İlke Çıkman[1], Öznur Aydın[1], Seha Akduman[3]

1 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
2 Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon **Kliniği**
3 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

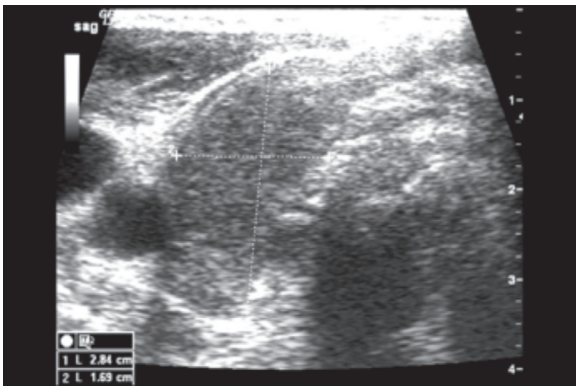
Giriş: Geriatrik hastada eşlik eden komorbid hastalık, polifarmasi ve atipik prezentasyon gibi nedenlerle ateşe yaklaşım önemli bir klinik sorun haline gelmekte; geç tanı ve tedavi de artmış morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Burada ateş şikayetiyle başvuran bir subakut tiroidit olgusu sunuyoruz.

Olgu Sunumu: Altmış dokuz yaşında erkek hasta 15 yıldır hipertansiyon tanısıyla takip edilmekteydi. Yaklaşık 15 gündür olan ateş, halsizlik ve sıcak basması şikayeti ile başvurdu. Fizik incelemesinde nabız 96/dk, orofarenks hiperemisi ve tiroid bezinde hassasiyet dışında patoloji saptanmadı. Yapılan laboratuar incelemede lökositoz, ESR: 44mm/s, CRP: 6.93mg/dl (0-0.3) bulundu. Hikayede enfeksiyon odağı tariflemeyen hastanın akciğer grafisi ve tam idrar tahlilinde patoloji yoktu. Tiroid patolojisine yönelik yapılan incelemesinde TSH:<0.005 mIU/mL (0.27-4.2), fT3:8.66 pmol/L (3.1-6.8), fT4:29.9 pmol/L (12-22) saptandı. Anti-TPO, Anti Tiroglobulin antikor ve TSH reseptör antikoru negatif saptanan hastanın tiroid ultrason-sintigrafisinde sağ lob ve istmusta tiroidit ile uyumlu bulgular ve radyoaktif madde tutulumunda belirgin azalma saptandı **(Resim 1,2)**. Klinik- laboratuar- görüntüleme sonra-

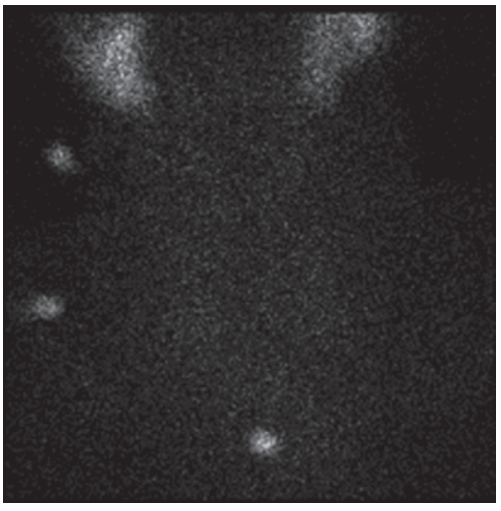
sında subakut tiroidit olarak değerlendirilen hastaya Propranolol, Diklofenak sodyum ve Pantoprazol tedavisi başlandı. 4 hafta sonraki kontrolünde şikayetleri gerileyen hastanın 2 ay sonraki kontrolünde ötiroid olması nedeniyle tedavisi kesildi. İzlemde ötiroid izlendi.

Sonuç/Tartışma: Subakut tiroidit yaşlıda nadirdir. Sıklıkla viral üst solunum yolu enfeksiyonu sonrasında boğaz ağrısı, halsizlik,myalji,ateş ve hipertiroidi semptomları ile ortaya çıkar. Ateş ayırıcı tanısında akla gelmesi gereken nadir patolojilerden birisidir. Seyir genellikle benigndir. Hipertiroidik faz sonrası ötiroid olan hastaların %10-15'inde kalıcı hipotiroidi gelişir. Tedavide amaç inflamasyon ve tirotoksik semptomların kontrolüdür. Anti-tiroid ilaçların tedavide yeri yoktur. Rekürrens nadirdir.

Hastamız üst solunum yolu semptomları ve ateş ile başvurmuş dış merkezde antibiyotik tedavisi ile takip edilmiştir. Nedeni bilinmeyen ateşine yönelik yapılan incelemede subakut tiroidit tanısı almış, tedaviden dramatik fayda görmüştür. Olgumuz geriatrik hastalarda nadir bir ateş nedeni olan subakut tiroiditin tanı ve tedavisine ışık tutarken, yaşlıda ateş ayırıcı tanısında atipik prezentasyon ve patolojilerin de unutulmaması gerektiğini hatırlatan bir olgudur.



Resim 1. Sağ tiroid lobta hipoekoik, heterojen görünüm



Resim 2. Tiroid Sintigrafinde radyoaktif madde tutulumunda azalma

P 18
KLİNİĞİMİZDE TAKİP EDİLEN GERİATRİK İNFEKSİYONLU OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Cem Yardımcı[1], Ayşe İnci[1], Pınar İncel[2]

1 İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
2 İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Dermataloji Kliniği

Giriş: Tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen yaşlı populasyonda enfeksiyonlar hastaneye yatırılma ve ölümlerin en sık saptanan nedenleri arasındadır. 65 yaş ve üzeri grubunda enfeksiyonlara duyarlılık daha da artmaktadır. Ateş, lökositoz gibi enfeksiyon hastalıklarına ait bulguların çoğu zaman yokluğu tanıda geç kalmaya neden olabilmektedir.

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizce takip ve tedavi edilen geriatrik yaş grubundaki hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Enfeksiyon hastalıkları kliniğimize 1 Ocak 2011-31 Aralık 2011 tarihleri arasında yatan 65 yaş ve üzerindeki hastaların dosyaları retrosptektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Bu süre içinde kliniğimize yatırılan 296 hastanın 98'i bu yaş grubundaydı. Bu olguların 52(%53)'si erkek, 46(%47)'sı kadın ve yaş ortalaması 75 (65-90) idi. Hastaneye yatışa neden olan enfeksiyonlar değerlendirildiğinde alt solunum yolu enfeksiyonları (%47,9), idrar yolu enfeksiyonu (%19,3), yumuşak doku enfeksiyonları (%13,2), akut gastroenterit (%4), santral sinir sistemi enfeksiyonları (%3) ilk sıralarda yer almaktaydı (Tablo-1). Olguların %5,1'i klinik olarak sepsis tanısı almıştı. İdrar yolu enfeksiyonlarında en sık saptanan etkenler; *Escherichia coli, Klebsiella pneumonia* ve *Candida albicans* oldu. Yumuşak doku enfeksiyonunda en sık metisilin dirençli *Stafilococcus epidermidis* izole edilmişti. Santral sinir sistemi enfeksiyonlu 3 olgudan 2 si tuberküloz menenjit tanısı almıştı. En çok kullanılan antibiyotiklere ise seftriakson, piperacilin-tazobaktam, imipenem-silastatin, daptomisin ve vankomisin idi.

Hastalıklar	Sayı (%)
ASYE	47 (%47,9)
ÜSYE	19 (%19,3)
YDE	13 (%13,2)
AGE	4 (%4)
SSSE	3 (%3)
KKE	3 (%3)
BE	2 (%2)

Tablo-1: Kliniğimizde en sık rastalanan enfeksiyonların dağılımı

(ASYİ:Alt solunum yolu enfeksiyonu, ÜSYE:Üriner sistem enfeksiyonu, YDE:Yumuşak doku enfeksiyonu,
AGE:Akut gastroenterit, SSSE: Santral sinir sistemi enfeksiyonu, KKE:Katater kaynaklı enfeksiyon, BE:Batn içi enfeksiyon)

Tartışma ve Sonuç: Geriatrik hastalarda enfeksiyonlar daha ağır ve sık seyretmektedir. Bu yaş grubunda enfeksiyonların klasik belirti ve bulguları görülemeyebilir. Bu hastalarda sepsis sık görülüp ağır seyredebilmektedirler. Bundan dolayı mortalite ve morbiditenin daha yüksek oranda olduğu bu hasta grubunda hızlı tanı ve geniş spektrumulu ampirik antibiyorik seçimi önemlidir.

P 19
GERİATRİK POPULASYONDA BÖBREK BİYOPSİ SONUÇLARIMIZ

Dr. Betül Çelik[1], Dr. Sevnaz Şahin[2]

1 Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü, Antalya
2 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri BD, İzmir

Amaç: 65 yaş üzerinde yapılan böbrek biyopsi sonuçlarının değerlendirilmesi

Gereç ve Yöntem: Nisan 2004-Aralık 2011 tarihleri arasında farklı nedenlerle böbrek biyopsisi yapılan 65 yaş üzeri tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Merkezimizde yapılan 271 biyopsi içinde 65 yaş üzerinde biyopsi yapılan toplam 26 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. 65 yaş üzeri biyopsi oranının %9.6 olduğu saptanmıştır. Hastaların yaş ortalamaları 73 (65-85) bulunmuştur. Onüç kadın, 13 erkek olarak saptanmıştır. 1 hastada kas dokusu izlendiği; 3 hastada da glomerül sayısı 7 ve altında olup mevcut glomerülde de ışık mikroskopik patoloji bulunmadığı için değerlendirmeye alınmamıştır. İncelenen 22 hastanın ortalama proteinüri değeri 7gr/G; kreatinin değeri 1,3; albumin değeri 2,7'dir. Yirmi iki hastanın ikisinde kronik glomerülonefrit izlenmiştir. Kalan 20 hastada izlenen en sık glomerüler hastalık primer glomerülonefrittir. Bunlar arasında en sık izlenen patoloji FSGS, ikinci sıklıkta Membranöz Glomerülonefrit saptanmıştır. Bir hastada da MPGN izlenmiştir. Sekonder glomerülonefrit içinde en sık hastalık 3 hastada izlenen Amiloidozistir. Bir hastada Lupus, 1 hastada ise Diabete bağlı renal tutulum izlenmiştir.

Sonuç: Merkezimizde geriatrik populasyona, daha uzun dönemleri kapsayan diğer pek çok merkezden daha yüksek oranda biyopsi yapılmaktadır (%9,6). İncelenen 22 hastanın 15'inde (68.18) glomerüler bir patoloji saptanmıştır. Sonuç olarak geriatrik populasyondaki böbrek fonksiyon bozukluğu yaşa bağlı kronik değişiklikler ile açıklanmamalı, etiyolojiyi saptamak için biyopsi yapılmalıdır.

P 20
YAŞLIDA GEVŞEME EGZERSİZLERİNİN UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Yrd. Doç. Dr. Özlem Örsal, Yrd. Doç. Dr. Güler Balcı Alparslan, Öğr. El. Ayşe Özkaraman, Öğr. Neşe Sönmez

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Bu çalışma, yaşlıda gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve müdahale desenli olan çalışma, 02.01.2012 ile 30.03.2012 tarihleri arasında Eskişehir' de SHÇEK' e bağlı bir huzurevinde ikamet eden yaşlılarla yürütülmüştür. Çalışmaya katılmayı kabul eden 64 yaşlının 44'ü kontrol 20'si müdahale grubunu oluşturmaktadır. Çalışmanın yürütülmesi için etik kurul, SHÇEK Genel Müdürlüğü'nden ve yaşlılardan izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kontrol ve müdahale grubu yaşlılara araştırmacılar tarafından oluşturulan Tanımlayıcı Özellikleri Belirleme formu uygulanmıştır. Kontrol ve müdahale grubu yaşlıların uyku kaliteleri Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ile değerlendirilmiştir. Kontrol grubuna müdahale yapılmamış, diğer gruba müdahale olarak gevşeme egzersizleri öğretilmiş ve yatmadan önce yapmaları istenmiştir. Bir hafta sonunda kontrol ve müdahale grubunun uyku kaliteleri PUKİ ile tekrar değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirme SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Değerlendirmede homojenite, frekans testi ve t testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturan yaşlıların 37'si (%57.8) erkek, 27'si (%42.2) ise kadındır. Yaş ortalaması 75.79±7.06 yıldır (min=60, max=89). Yaşlıların 6'sı (%9.4) ise lise ve üzerinde öğrenim görmekte, 21'i (%32.8) ev hanımı olup, çocuğu olmayan yaşlı sayısı 25 (%39.1)dir. Huzurevinde kalış süresi bir yıl ile 14 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 3.2±3.0'dır. Yaşlılardan 36'sının (%56.3) obes ve 93 (%33.0) hipertansif olduğu saptandı. Hastalık tanıları incelendiğinde en fazla olarak 34'ünün (%53.1) kardiyovasküler sistem hastalığı olduğu ve 26'sının (40.6) antihipertansif kullandığı belirlenmiştir. Çalışma sonunda, müdahale grubunun (ön test ort=11.4±3.8; son test

ort=9.3±3.2; t=-3.519;p=0.002) uyku kalitesi kontrol grubuna (ön test ort=10.3±2.0; son test ort=10.3±2.1; t=0.192;p=0.849) göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede artmıştır.

Sonuç: Yaşlıda gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu ve uyku kalitesini artırdığı belirlenmiş ve çalışmanın daha büyük örneklem gruplarında yürütülmesi önerilmiştir.

P 21
YAŞLI HASTALARDA LİPİD PROFİLİ VE MPV İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeliha Musaoğlu, Bilger Çavuş, Esra Can, Gökçe Çıplak, Alper Felekoğlu, Nejla Yılmaz

Pınarhisar İlçe Devlet Hastanesi

Giriş: Ülkemizde erişkinlerin lipid profili ile ilgili yapılmış olan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında total kolesterol düzeylerinde yaşla birlikte artış olduğu saptanmıştır. Vasküler hastalıkların patogenezinde lipid dağılımı ve trombositler önemli bir yer tutmaktadır. Çeşitli çalışmalarda ortalama trombosit hacminin diyabet, hiperlipidemi gibi vasküler hastalıklarla ilişkili olarak artış gösterdiği saptanmıştır.

Amaç: Bu çalışmamızda yaşlı hastalarda lipid profilini değerlendirmeyi ve vasküler hastalıkların etyopatogenezinde yer alan dislipidemi ile protrombotik özelliği olduğu belirtilen artmış trombosit hacmi arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 65 yaş üzerinde çeşitli nedenlerle polikliniğimize başvuran ve kolesterol düşürücü ilaç kullanmayan hastalar dahil edildi. Hastaların lipid profilleri ve hemogram tetkikleri poliklinik dosyalarından kaydedildi.

Bulgular ve Sonuç: Çalışmamıza 209'u kadın, 157'i erkek toplam 366 kişi dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 74,19'du. Hastaların lipid profilleri ve hemogramları cinsiyet ve yaş grupları bazında bağımsız örnekler için t-testi kullanılarak değerlendirildi.

Tablo-1- Yaş bazında hemogram ve lipid profilinin değerlendirilmesi.

	Yaş	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TKOL	1 65-74	202	204.010	43.105	3.033
	2 75 +	164	198.659	36.707	2.866
LDL	1 65-74	202	124.059	34.535	2.430
	2 75 +	164	118.098	29.140	2.275
HDL	1 65-74	202	55.693	16.850	1.186
	2 75 +	164	56.195	17.842	1.393
TKOL / HDL	1 65-74	202	3.882	1.077	0.076
	2 75 +	164	3.814	1.131	0.088
TRIGLISERID	1 65-74	202	122.455	57.795	4.066
	2 75 +	164	119.933	58.586	4.575
HGB	1 65-74	202	13.386	1.526	0.107
	2 75 +	164	12.790	1.693	0.132
MCV	1 65-74	202	86.733	6.341	0.446
	2 75 +	164	86.555	7.067	0.552
MPV	1 65-74	202	8.370	4.444	0.313
	2 75 +	164	8.231	0.978	0.076

Tablo-2- Cinsiyet bazında hemogram ve lipid profilinin değerlendirilmesi.					
	Cinsiyet	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TKOL	1 Erkek	157	186.573	36.065	2.878
	2 Kadın	209	212.909	39.867	2.758
LDL	1 Erkek	157	113.025	30.219	2.412
	2 Kadın	209	127.670	32.498	2.248
HDL	1 Erkek	157	51.904	17.012	1.358
	2 Kadın	209	58.933	16.900	1.169
TKOL / HDL	1 Erkek	157	3.867	1.142	0.091
	2 Kadın	209	3.840	1.071	0.074
TRIGLISERID	1 Erkek	157	108.280	54.066	4.315
	2 Kadın	209	131.124	59.188	4.094
HGB	1 Erkek	157	13.671	1.682	0.134
	2 Kadın	209	12.703	1.458	0.101
MCV	1 Erkek	157	87.936	7.151	0.571
	2 Kadın	209	85.689	6.122	0.423
MPV	1 Erkek	157	8.015	0.854	0.068
	2 Kadın	209	8.528	4.380	0.303

Cinsiyet bazında yapılan t testi sonuçlarına bakıldığında ölçülen T.Kol, LDL, HDL, Trigliserid, Hgb değişken skorları için iki grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. T.Kol, LDL, HDL ve Trigliserid değer ortalamaları kadınlar için erkeklerden daha yüksek olmasına rağmen, Hgb değer ortalamaları erkeklerde kadınlardan daha yüksektir. Cinsiyet bazında MPV skorları incelendiğinde ise erkek ve kadın ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Tablo-3- MPV değişkeninin LDL ve HDL değişkenleri arasındaki korelasyon analizi			
MPV			
	r	Sig.	n
LDL	0.031	0.551	366
HDL	-0,022	0,679	366
* **Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)**			

MPV değişkeninin HDL ve LDL değişkenleri ile ilişkisini incelemek amacıyla uygulanan korelasyon analizi sonuçlarına bakıldığında, bu değişkenler arasında da bir ilişki olmadığı görülmektedir. Bir başka deyişle HDL (r=-0,02) ve LDL (r=0,031) değişkenlerinin MPV değişkeni üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Ülkemizde yapılmış olan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında 70 yaş üzeri bireylerde saptanan T.Kolesterol ve trigliserid düzeyleri çalışmamızla paralellik gösteriyordu.

P 22
HAFİF KOGNİTİF BOZUKLUK HASTALARI İLE SAĞLIKLI YAŞLILARDA P300 YANITININ GÖRSEL VE İŞİTSEL MODALİTELERDE İNCELENMESİ

P. Boyacı[1], S. Eroğlu[1], P. Kurt[1,2], D. D. Emek[1,2], G. Yener[1,2,3,4]

[1] Sinirbilimler Anabilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir 35340, Türkiye
[2] Nöroloji Anabilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir 35340, Türkiye
[3] Beyin Dinamiği, Kognisyon ve Kompleks Sistemler Araştırma Merkezi, İstanbul Kültür Üniversitesi, İstanbul 34156, Türkiye
[4] Multidisipliner Beyin Dinamiği Araştırma Merkezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir 35340, Türkiye

Amaç: Bu çalışmada Hafif Kognitif Bozukluk (HKB) olgularında ve sağlıklı yaşlılarda görsel ve işitsel uyarana yanıt olarak ortaya çıkan olaya ilişkin potansiyellerinin (OİP) incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada görsel ve işitsel olaya ilişkin potansiyellerde genlik ve latans farkının olup olmadığını incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada yaş, cinsiyet ve eğitim dağılımları bakımından eşleştirilmiş 15 Hafif Kognitif Bozukluk (HKB) tanısı almış hastalar ve 13 sağlıklı bireylerden alınan OİP verileri karşılaştırılmıştır. OİP, görsel ve işitsel uyarımla klasik P300 seyrek uyaran paradigması uygulanarak alınmış; olaya ilişkin potansiyeller uluslararası 10-20 sistemine göre F_3, Fz, F_4, C_3, Cz, C_4, TP_7, TP_8, P_3, Pz, P_4, O_1, Oz ve O_2 yerleşimli elektrotlardan kaydedilmiştir. P300 yanıtları, uyarımdan sonra 250 ile 500 milisaniye arasında çıkan en pozitif dalga olarak alınmıştır.

Bulgular: P300 latans değerlerinde görsel ve işitsel modaliteler açısından gruplararası bir fark olmamasına rağmen [F(1,26)=0.023, p=0.881] genlik değerlerinde gruplar arası fark bulunmuştur [F(1,26)=4.63, p=0.041]. Modaliteler ayrı değerlendirildiğinde, görsel modalitede [F(1,26)=3.26, p=0.082] ve işitsel modalitede [F(1,26)=3.55, p=0.070] gruplar arası bir fark bulunamamıştır. HKB hastaları ve sağlıklı kontroller genç-yaşlı (61-74 yaş arası) ve orta-yaşlı (75-85 yaş arası) olmak üzere iki gruba ayrıldığında genç-yaşlı grupta genlik değerleri arasında fark bulunurken [F(1,16)=5.30, p=0.036] latansta fark bulunmamıştır [F(1,16)=0.20, p=0.889], orta-yaşlı grupta ise genlik [F(1,10)=0.094, p= 0.764] ve latans değerlerinde [F(1,10)=0.023, p=0.883] fark bulunamamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Görsel ve işitsel modaliteler arasında P300 genlik değerleri bakımından HKB hastaları ve sağlıklı kontrol grupları arasında fark bulunmuş, latans değerlerinde ise gruplararası bir fark bulunamamıştır. Bulgular, P300'ün elektrofizyolojik bir belirteç olarak kullanılması için daha ileri yöntemlerle incelenmesi gereğine işaret etmektedir.

P 23
KAN ŞEKERİ YÜKSEK OLAN DİYABETLİ BİR YAŞLI HASTADA HEMOLİZE BAĞLI GELİŞEN ÇOK DÜŞÜK HBA1C DEĞERİ

Burcu Kızılarslanoğlu, Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu, Güliz Zengin, Mehmet Emin Kuyumcu, Yusuf Yeşil, Meltem Halil, Mustafa Cankurtaran, Servet Arıoğul

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi

Giriş: Diyabetli hastalarda glisemik kontrolün HbA1c ile takibi yaygın kullanılmaktadır ve geçerliliği olan bir yöntemdir. Yüksek bulunan HbA1c değeri, kan şekerinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak HbA1c değerini plazma glukoz düzeyinin dışında etkileyen başka faktörler de bulunmaktadır. Kliniğimizde diyabetes mellitus (DM) tanısı ile takipli ve poliklinik kontrolünde kan şekeri yüksek olmasına rağmen bakılan HbA1c değeri %3,2 gelen bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: Altmış sekiz yaşında bir erkek hasta kliniğimizde DM tanısıyla takip edilmekteydi. Oral antidiyabetik tedavi (Metformin 2x1000 mg, Gliklazid 1x60 mg) ile izlenen hastanın rutin kontrolünde bakılan açlık kan şekeri: 142 mg/dl, eş zamanlı bakılan HbA1c değeri ise %3,2 geldi. Kan şekeri ile uyumsuz HbA1c düzeyine sebep olabilecek olası etkenler araştırıldı. Hemoglobini 10,2 g/dl gelen hastanın anemi etiyolojisini aydınlatmak için bakılan ferritin, folik asit ve vitamin B12 seviyeleri normal aralıktaydı. Ancak bakılan hemoliz parametrelerinden LDH: 1474 U/L (240-480 U/L) ve Retikülosit: %17,48 (% 0.60-2-60), Haptoglobin: <6.18 mg/dl (30-200 mg/dl), Total/ Direkt Bilirubin: 2.11/0.59 mg/dl bulundu. Hemoliz ile uyumlu laboratuvar bulguları olan hastanın HbA1c değerinin hemolize bağlı düşük olduğu düşünüldü.

Tartışma: HbA1c değeri birçok faktöre bağlı değişkenlik göstermektedir. Eritrosit yaşam süresini kısaltan durumlarda HbA1c seviyesi düşmektedir. Bu duruma örnek olarak hemoglobinopatiler, aktif kanama, miyelodisplastik sendrom ve hemolitik hastalılıklar verilebilir. Bunun yanında renal yetmezlik, üremi, vitamin B12 ve folik asit eksiklikliği gibi durumlarda HbA1c değeri yüksek bulunmaktadır [1]. Ayrıca tip 2 DM olan hastalarda eritrositlerin ozmotik frajilitesinin artışına bağlı olarak artmış hemoliz ve düşük HbA1c değeri saptanabileceği belirtilmiştir [2]. Sonuç olarak kan şekeri değerlerine göre beklenenden daha düşük HbA1c değerleri tespit edilen hastalarda hemoliz olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Kaynaklar:

1. Bhat VS, Dewan KK, Krishnaswamy PR: Diagnostic dilemma of hba1c detection in presence of a hemoglobinopathy: A case report. Indian J Clin Biochem 2011;26:91-95.
2. Kung CM, Tseng ZL, Wang HL: Erythrocyte fragility increases with level of glycosylated hemoglobin in type 2 diabetic patients. Clin Hemorheol Microcirc 2009;43:345-351.

P 24
HEMŞİRELERİN YAŞLIYA İLİŞKİN TUTUMLARI

Arş. Gör. Güler Duru Aşiret[1], Arş. Gör. Tuğçe Türten[1], Uzm. Hem. Özlem Canbolat[2], Yard. Doç. Dr. Sevgisun Kapucu[1], Prof. Dr. Nuran Akdemir[1]

1 Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
2 Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım

Giriş: Yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların yönetimi, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin ve toplumun eğitim seviyesinin artması ile birlikte sağlık hizmetlerinin yaşlılar tarafından kullanım oranı artmıştır. Yaşlıya yönelik tutum, sunulan sağlık hizmetlerini etkileyebileceği için sağlık personelinin yaşlıya ilişkin tutumunun belirlenmesi önemlidir.

Amaç: Çalışma hemşirelerin yaşlıya ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı çalışmada, araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ve UCLA Geriatrik Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini, evreni bilinen örnekleme formülü ile belirlenen ve bir üniversite hastanesinde çalışan 126 hemşire oluşturmuştur.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 28.3 (SD: ± 4.3, min: 23, max: 48) ve %90.6'sı çekirdek aile yapısına sahiptir. Hemşirelerin %45.2'si daha önce en az bir yaşlı ile yaşamış ve %72.6'sı ileride anne ve babaları ile birlikte yaşamak istediklerini belirtmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %50.8'inin cerrahi, %27.8'inin yoğun bakım ve %21.4'ünün de dahili kliniklerde çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %99.2'si bulundukları kliniklerde yaşlı hasta ile çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %44.4'ü geriatrik hasta konusunda bilgi aldığını ve bu hemşirelerin %26.8'i geriatri ile ilgili eğitimi lisans eğitiminde aldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin UCLA ölçeğinden aldıkları puan ortancası 44.5'tir. Hemşirelerin yaşlılığa ilişkin olumlu ifadeleri şefkat (%81), bilgelik (%44.4), mutluluk (%11.2) iken; olumsuz ifadeleri hastalık (%68.5), güçsüzlük (%64.6), çocuk ruhluluk (%54.8), bağlılık (%52.8), yalnızlık (%52.3), bağımlılık (%41.3), zihinsel gerileme (%27.8) ve umudunu kaybetme (%19) olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin %94.4'ü yaşlıların günlük aktivitelerinde bağımsız hareket edebilmeleri konusunda motive edilmelerinin gerekli olduğunu, %92.1'i yaşlılara bilgileri basitleştirerek açıkladığını, %89.7'si yaşlılara karşı daha sabırlı davrandığını, %65.9'u yaşlılar yavaş olduklarından hemşirelerin onlarla birlikteyken çok zaman harcadığını, %47.6'sı yaşlıların öykülerini yakınlarından almayı tercih ettiğini ifade etmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda hemşirelerin yaşlıya ilişkin tutumlarının genel olarak olumsuz olduğu belirlenmiştir.

P 25
BİR ACİL POLİKLNİĞİNE BAŞVURAN ALTMIŞ YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK

Pınar Tekin Eraslan[1], Kadir Akbey[2], Hasan Tutar[1], Semra Ulusoy Kaymak[3], Elvan Ozalp[4], Ersin Hatice Karslıoğlu[3], Eylem Şahin Cankurtaran[4]

1 Asist. Dr. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği,
2 Sosyal Hizmet Uzmanı, Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği,
3 Uzm. Dr. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği,
4 Doç. Dr. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Amaç: Son yıllarda hastalıkların önlenmesi ve etkin tedavi yöntemleriyle ölümlerin azalması sonucunda hemen her ülkede yaşlı nüfus oranı artmaktadır. 2025 yılında ülkemizde yaşlıların genel nüfus içindeki oranının %9.3 olacağı tahmin edilmektedir (1). Bu durum, yaşlı nüfusun ülkemiz için giderek artan sosyal bir sorun olacağını göstermektedir. Sosyal destek kaybının sağlık ile güçlü bir ilişkisi vardır. Sosyal desteğin kalitesinde değişim özellikle yaşlılarda daha belirgindir. Yaşlılarda sosyal destek eksikliğinde mortalite riskinin arttığı, sosyal destek alan yaşlılarda ise iyileşme ve sağlık davranışlarında gelişme olduğu belirtilmektedir (2).

Bu çalışmada amaç, yaşlı ve bedensel hastalık nedeniyle Acil servise başvuran hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerini ve ilişkili etkenleri belirlemektir.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Bu

çalışmada, bir üniversite hastanesi acil servisine 1 Ocak- 31 Ocak 2012 tarihleri arasında başvuran 60 yaş üzerinde olan, bilinci açık olan ve farklı yakınmalarla başvuran 109 hastaya Sosyo-Demografik Bilgi Formu ve Deliryum Derecelendirme Ölçeği verilmiştir. Deliryum Derecelendirme Ölçeği'nden 11 puan ve üstü alan 106 hastaya Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerle birlikte normal dağılım gösteren veriler için t testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo1'de gösterilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların %53.2'si (n=58) kadın, %46.8'i (n=51) erkekti ve yaş ortalamaları 76.6'ydı. Hastaların, %49.5'inin (n=54) eşi ölmüştü, % 47.7'si (n=52) evliydi, %62.4'ü (n=68) ilkokul mezunu, %7.3'ü (n=8) okur-yazar değildi, %36.7'si (n=40) çalışmıyor, %45.9'u (n=50) çocuklarıyla, %35.8'i (n=39) eşiyle yaşıyordu. %88.1'inin (n=96) ekonomik durumu ortaydı ve %46.8'inin (n=51) sağlık güvencesi emekli sandığıydı. Hasta grubunun Deliryum Derecelendirme Ölçeği (DDÖ) puan ortalaması 2.7±3.1 idi. Ölçek kesme puanı 11 olarak alındığında, %97.2'sinin (n=106) 11 ve altı, %2.8'inin (n=3) 11 üstü puan aldığı saptanmıştır.

DDÖ ölçeğinden 11 ve altı puan alan 106 hastanın ÇBASDÖ toplam/alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, toplam puan 52.8+/- 14.3, aile puanı 22.9+/- 7.7, arkadaş puanı 15.5+/-5.5, özel insan puanı 14.4+/-5.7 olarak bulunmuştur. Hastaların ÇBASDÖ toplam/alt ölçek puan ortalamaları ile sosyodemografik verilerin korelasyonu yapıldığında cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum ve sosyal güvence ile ÇBASDÖ toplam puanı açısından istatistiksel anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Medeni duruma bakıldığında ÇBASDÖ toplam puanı açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.002$), eşi ölmüş ve evli olanlar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.003$) saptanmıştır. Beraber yaşadıkları kişilere bakıldığında, ÇBASDÖ toplam puanı ile fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.003$). Çocuklarıyla ve eşi-çocuklarıyla birlikte yaşayanlar ile ÇBASDÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark ($p=0.048$) saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmamızda, acil servise başvuran 60 yaş üstü hastalarda ÇBASDÖ aile alt ölçeğinden aldıkları puanların yüksek olduğu, hastaların algılanan sosyal destekleri ile sosyodemografik verilerin ilişkisine bakıldığında medeni durumda evli olanlar ile çocukları veya eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu gözlenmiştir. Aile bağlarının güçlü olduğu Türk toplumunda yaygın eğilim, yaşlıları aile içinde barındırma yönündedir. Sosyal çalışmamızda acil servise başvuran ve genellikle yakınları ile birlikte gelen yaşlı hastaların sosyal desteklerinin yeterli olduğu görülmektedir. Çalışmalarda, yaşlıların psikolojik ve sosyal destek gereksinimlerini karşılamak için en çok ailelerine güvendikleri belirtilmektedir (3). Acil servise genellikle yakınları ile getirilen yaşlıların aile desteğini daha fazla algıladıkları görülmüştür. Yaşlı bireyin ruh ve beden sağlığını korumak için birey ve aileler yaşlılık süreci ile ilgili bilgilendirilmeli, yaşlının ailesi ve diğer çevresiyle ilişkileri güçlendirilmeli, sosyal destek kaynakları geliştirilerek harekete geçirilmelidir.

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Cinsiyet, n (%)	
Erkek	51 (46.8)
Kadın	58 (53.2)
Yaş (ortalama±SD)	76.6±7.1
Medeni Durum, n (%)	
Bekar	3 (2.8)
Evli	52 (47.7)
Eşi ölmüş	54 (49.5)
Eğitim, n (%)	
Okur-yazar değil	8 (7.3)
Okur-yazar	8 (7.3)
İlkokul	68 (62.4)
Ortaokul	20 (18.3)
Lise	5 (4.6)
Çalışma Durumu, n (%)	
Çalışmıyor	40 (36.7)
Ev hanımı	41 (37.6)
Emekli	28 (25.7)
Kimlerle yaşadığı, n (%)	
Çocuklarıyla	50 (45.9)
Eşiyle	39 (35.8)
Eşi ve çocuklarıyla	15 (13.8)
Diğer	5 (4.6)
Ekonomik durum, n (%)	
Zayıf	13 (11.9)
Orta	96 (88.1)
Sosyal güvence, n (%)	
Emekli Sandığı	51 (46.8)
SSK	42 (38.5)
Bağ-Kur	14 (12.8)
Diğer	2 (1.8)

Kaynaklar:

1. Güler Ç: Toplum sağlığı sorunu olarak yaşlılık. Y Gökçe-Kutsal, M Çakmakçı, S Ünal (eds.): Geriatri I'de, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997, s.115-116.
2. Dhar HL. Gender, aging, health and society. J Assoc Physicians India. 2001; 49: 1012-1020.
3. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5: 76-84

P 26
YÜKSEK CERRAHİ RİSKİ BULUNAN FEMUR TROKANTERİK KIRIKLI HASTALARDA EKSTERNAL FİKSATÖR SONUÇLARIMIZ

Levent Büyükpatır

Yozgat Boğazlıyan Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

2007-2011 yılları arasında, Develi Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde; yaşlı, cerrahi ve anestezi açısından yüksek risk taşıyan 15 hastaya eksternal fiksatör uygulandı. Uygulamalarımız literatür eşliğnde değerlendirildi. 1 hastamız hariç 12-36 ay takibini yaptığımız 14 hastamızda; anatomik olarak %67,7 mükemmel, %13,3 iyi ve %19 orta sonuç elde edildi. Fonksiyonel olarak %57,7 mükemmel, %13,3 iyi, %29 orta sonuç elde edildi. Anatomik olarak 1 hastada kötü sonuç alınmasının nedeni; hastanın mevcut ameliyat riskleri nedeniyle operasyonun çok kısa süre içinde bitirilmeye çalışılması nedeniyle kırık redüksiyonuna çok dikkat edilememesidir.

Hastaların mevcut tıbbi sorunları ve bu sorunlar nedeniyle cerrahi ve anestezi açısından yüksek risk taşıyan hastalarda; ameliyat süresinin çok kısa olması, kan kaybının yok denecek kadar az olması, ameliyat kapalı yapıldığı için kırık hematomunun boşaltılmaması, kırığın daha kısa sürede kaynaması, yatış süresinin kısa olması, hastaların erken mobilize edilebilmesi, böylece hastada bası yaraları, komplikasyonların az olması, mekanik bir yetmezlik durumunda fiksastörün yeniden düzenlenmesinde anestezi gerekmemesi, uygulama sırasında lokal anestezi altında uygulanabilmesi nedeniyle intertrokanterik femur kırıklarının cerrahi tedavisinde eksternal fiksatör yöntemi alternatif tedavi yöntemidir.

P 27
MALNÜTRİSYONUN FARKLI BİR KLİNİK PREZENTASYONU

Tuğba Akın Telli, Yusuf Yeşil, Mehmet Emin Kuyumcu, Münevver Özcan, Meltem Halil, Mustafa Cankurtaran, Servet Arıoğul

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi

Giriş: Malnütrisyon yaşlı hastalar arasında yaygın görülen ve birçok klinisyen tarafından göz ardı edilebilen bir durumdur. Geriatri polikliniğine ayaktan gelen yaşlı hastalarda malnutrisyon riski % 28, malnutrisyon oranı %5.8-13 düzeylerinde iken, hastanede ve bakımevlerinde bu oranının %25-38.7'lere kadar yükseldiği görülmektedir (1,2). Malnütrisyonun hastanede kalış süresinde uzama, hastaneye tekrar başvuru sıklığında artış, enfeksiyonların sıklığında ve ciddiyetinde artış, metabolik problemler, kötü yara iyileşmesi, yürüyüş bozuklukları, düşme ve kırıklar ile ilişkili olduğu saptanmıştır (3). Bu yüzden malnütrisyonun erken dönemde saptanması ve önlemlerinin alınması önem arzetmektedir.

Hacettepe İç Hastalıkları servisine genel durum bozukluğu nedeniyle yatırılıp tetkiklerinde INR yüksekliği saptanması sonucu ön planda enfeksiyona sekonder dissemine intravaskuler koagülopati (DIC) düşünülen ancak daha sonraki değerlendirmelerimizde malnütrisyona bağlı K vitamini eksikliği saptanan ve replasman sonrası INR' si tamamen düzelen bir hasta sunulmuştur.

Vaka: 87 yaşında, son 2 yıldır huzurevinde kalan bayan hasta, yaklaşık 1 haftadır olan oral alım bozukluğu ve genel durum bozukluğu nedeniyle başvurdu. 30 yıldır Diabetes Mellitus ve Hipertansiyon nedeniyle takip edilen hastaya 2 hafta önce sol ayak 2-5.parmaklarında diyabetik yara nedeniyle amputasyon uygulanmış. Operasyon sonrası dönemde yutma güçlüğü daha da artan hastanın yaklaşık 1 haftadır genel durumunda belirgin bozulma olmuş. Herhangi bir oral antikoagulan kullanmayan hastanın ilk yatışında bakılan INR düzeyinin 3.4 (kontrolü 4) olarak gelmesi üzerine, diyabetik ayak enfeksiyonundan dolayı DIC tablosunda olabileceği düşünüldü. Hastanın gönderilen diğer DIC parametreleri içinde aPTT uzamış, fibrinojen ve D-dimer normal olarak saptandı. Bunun üzerine Mixing testleri yapıldı ve INR ile aPTT'nin düzeldiği görüldü. Ölçülen Faktör düzeyleri normal olarak geldi. Mevcut bulgularla hastada INR yüksekliğinin nedeni K vitamini eksikliğine bağlı olduğu düşünüldü. Kvit 1x10mg/gün 3 kez IM yapıldı. Hasta önce periferik TPN ile ardından da enteral olarak beslenmeye başlandı. Takibinde bakılan INR düzeyi normal aralığa döndü.

Sonuç: Yaşlılarda %30'lara varan oranlarda olan malnütrisyon ve malnütrisyon riski nedeniyle yaşlı bireyler kapsamlı geriatrik değerlendirme çerçevesinde mutlaka bu açıdan taranmalıdır. Bakımevlerinde, hastanede yatan ve acil servise başvuran yaşlı hastalarda bu oranının çok daha yüksek olduğu göz önüne alındığında genel durum bozukluğu olan yaşlı bireylerin malnütrisyon açısından mutlaka sorgulanması ve gerekli tedbirlerin alınmasının son derece önemli olduğu açıktır.

Kaynaklar:

1. Ülger Z, Halil M, Kalan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E, Arioğul S. Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. Clin Nutr 2010;29:507-511.
2. Kaiser MJ, Bauer JM, Rämsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, Thomas DR, Anthony PS, Charlton KE, Maggio M, Tsai AC, Vellas B, Sieber CC, Group MNAI. Frequency of malnutrition in older adults: A multinational perspective using the mini nutritional assessment. J Am Geriatr Soc 2010;58:1734-1738
3. Covinsky KE, Martin GE, Beyth RJ, Justice AC, Sehgal AR, Landefeld CS. The relationship between clinical assessments of nutritional status and adverse outcomes in older hospitalized medical patients. J Am Geriatr Soc 1999;47:532-8

P 28
GERİATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA MALNUTRİSYON VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Berrin Karadağ[1], Dr. Sema Uçak[1], Dr. Cüneyt Kahraman[2], Dr. Okcan Basat[1], Dr. Yüksel Altuntaş[1]

1 Şişli Etfal EAH 2.Dahiliye/Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği
2 Fatih Sultan Mehmet EAH, Dahiliye Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Tüm dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Beslenme durumunun yaşlı populasyonda, mortalite ve morbidite üzerine anlamlı derecede etkisi olduğu olduğu bilinmektedir.Bu çalışmamızda 65 yaş ve üzeri hastaların beslenme durumları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırmayı planladık.

MATERYAL ve METOD: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş üzeri 241 vakayı incelemeye aldık. Geriatrik hastaların çalışmaya alınma kriterleri; çalışmaya gönüllü olmak veya yakınlarından olur almak, 65 yaş ve üzeri olmak, kooperasyon ve oryantasyonu yeterli olmak iken, geriatrik hastaların çalışmadan dışlanma kriterleri ise; primer veya sekonder malign beyin neoplazmı, hidrosefali, alkol bağımlılığı, sepsis, ciddi anemi, nörolojik defisit varlığı, ileri derece işitme ve konuşma kusuru olması idi. Çalışmaya alınana vakaları ayrıntılı anamnezleri alınıp, fizik muayeneleri yapıldı. Tüm vakaların antropometrik ve sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Nutrisyon açısından Mini Mutrisyonel Test (MNT) uygulandı, skor 11 veya daha düşük belirlenirse hastanın malnütrisyon riski taşıdığı kabul edildi.
BULGULAR: Çalışmaya alınan hastalarda malnutrisyon riski bulunmayanların yaş ortalaması 75,25±9,07, malnutrisyon riskinin olduğu grupta ise 74,94±6,55 olarak bulunmuştur ve yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,860). Ayrıca her iki grubun cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir(χ^2:0,05, p=0,816). Sosyodemografik özelliklerden malnütrisyon riski olan ve olmayan iki grup arasında medeni hal(χ^2:0,25, p=0,882), yaşam koşulu(χ^2:6,37,p=0,272) ve eğitim seviyesi dağılımları(χ^2:3,21,p=0,668) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Her iki gruptaki hastaların, kentte ve kırsal alanda yaşam dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,776).

SONUÇ: Bizim çalışmamızda hastaların medeni durumu ile malnütrisyon riskleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştı. Dul olanların yaşam koşulu olarak çoğu akrabaları tarafından bakılmaktaydı. Çalışmamızda akrabaları tarafından bakılmayan hastalar ise huzurevinde veya bakıcı tarafından bakılmaktaydı ve istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, bu hastaların hepsinde malnütrisyon riski mevcuttu. Akrabaları tarafından bakılan yaşlıların sayısı, eşiyle yaşayanlara yakın olmasına rağmen, malnütrisyon risklerinin istatistiksel olarak anlamlı olmamasının nedeni olarak, ülkemizdeki mevcut aile yapısı ve aile bireylerinin yaşlılarına verdiği önem ve değerden kaynaklandığını düşündük.

Tablo 1. Hasta grupları, yaş ve cinsiyet dağılımları

		Malnütrisyon riski (-)		Malnütrisyon riski (+)		
Yaş		75,25±9,07		74,94±6,55		t:0,18 p=0,860
Cinsiyet	**Erkek**	10	62,50%	134	59,60%	χ^2:0,05
	Kadın	6	37,50%	91	40,40%	p=0,816

Tablo 2. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve malnütrisyon

		Malnütrisyon riski (-)		Malnütrisyon riski (+)		
Medeni hal	**Evli**	9	56,30%	116	51,60%	
	Dul	7	43,80%	107	47,60%	χ^2:0,25
	Bekar	0	0,00%	2	0,90%	p=0,882
Yaşam koşulu	**Yalnız**	5	31,30%	29	12,90%	
	Akraba	6	37,50%	79	35,10%	
	Huzurevi	0	0,00%	17	7,60%	
	Bakıcı	0	0,00%	6	2,70%	χ^2:6,37
	Eşi	5	31,30%	94	41,80%	p=0,272
Eğitim seviyesi	**Yok**	2	12,50%	53	23,60%	
	Okur Yazar	6	37,50%	65	28,90%	
	İlkokul	5	31,30%	55	24,40%	
	Orta	3	18,80%	31	13,80%	
	Lise	0	0,00%	13	5,80%	χ^2:3,21
	Üniversite	0	0,00%	8	3,60%	p=0,668
Sigara	**Yok**	6	37,50%	114	50,70%	χ^2:1,04
	Var	10	62,50%	111	49,30%	p=0,309
Alkol	**Yok**	12	75,00%	198	88,00%	χ^2:2,25
	Var	4	25,00%	27	12,00%	p=0,133
Mobilite	**Yatağa Bağımlı**	0	0,00%	28	12,40%	χ^2:2,25
	Mobil	16	100,00%	197	87,60%	p=0,133
Yaşam alanı	**Kent**	13	81,30%	176	78,20%	χ^2:0,08
	Kırsal	3	18,80%	49	21,80%	p=0,776

P 29
İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİNDEKİ GERİATRİK HASTALARDA MALNÜTRİSYON TARAMA TESTİ MEONF-II (MINIMAL EATING OBSERVATION AND NUTRITION FORM-VERSION II)'NİN MNA-SF (MİNİ NUTRITIONAL ASSESSMENT SHORT FORM) VE MUST (MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL) İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Merve Örnek[1], Sumru Savaş[2], Fulden Saraç[2], Aynur Özdener[1], Mehmet Akif Yalçın[2], Fehmi Akçiçek[2]

1 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı /İZMİR

2 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri BD/İZMİR

Amaç: Beslenme durumunun yaşlıda düşme, hastane yatış süresinde uzama, enfeksiyon gibi sonuçlarla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu anlamda yaşlı bireylerde beslenme durumunun değerlendirilmesi; riskli ve malnütre olanların saptanması önemlidir. Bu alanda yapılan çalışmalarda yeni olarak niteleyebildiğimiz MEONF-2 beslenme durumunu değerlendirirken yaş faktörünün yanı sıra, istemsiz kilo kayıpları, yeme problemleri, yutma durumu, alınan enerji, ve ödem gibi klinik değerlendirmeyi içermektedir. Bu çalışma ile hastanede yatan 65 yaş ve üstü hastalarda MEONF-2, MNA-SF ve MUST ile beslenme değerlendirmelerinin yapılarak sonuçların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem ve gereçler: İç Hastalıkları Kliniğine Aralık 2011 – Şubat 2012 tarihleri arasında yatan 65 yaş ve üstü tüm hastalar çalışmaya alınmıştır. Hastalara ilk yatışlarında MNA-SF, MUST ve MEONF-2 testleri uygulanmıştır. Tüm hastaların boy, kilo, beden kitle indeksi (BKİ) ölçümleri yapılarak testleri aynı diyetisyen tarafından sorgulanmıştır. Elde edilen veriler weighted Kappa ve SPSS programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 74 hastanın %38'i erkek, %62'si kadın olup, hastaların yaş ortalamaları; 73.76±6.7 yıldır. Nütrisyonel değerlendirme testlerine göre MNA-SF, MEONF-2 ve

MUST ile normal beslenme grubundakilerin oranı sırasıyla ;%18.9, %48.6, %75.7, riskli gruptakilerin oranı;%45.9, %21.6, %12.2, malnütre gruptakilerin oranı ise; %35.1, %29.7, %12.2 olarak saptanmıştır. Genel olarak MNA –SF gold standart alınarak karşılaştırma yapıldığında yüksek oranda pozitif korelasyon saptanırken sınıflandırma yapıldığında özellikle riskli grup tarafında korelasyonda düşüş görülmüştür.

Sonuç: Hastaneye yatış anında yaşlı hastalarda malnütrisyon oranı yüksektir. Hastaneye yatan hastalarda yaş, BKİ ve kilo ölçümleri malnütrisyon açısından önemli risk faktörleri olarak kabul edilebilir. Bunların dışında daha spesifik sorularla daha geniş değerlendirme yapılması amacıyla ortaya çıkan yeni nütrisyonel değerlendirme testleri için daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

P 30
GELİŞMİŞ BİR GERİATRİK BAKIM MERKEZİ ÖRNEĞİNDE TÜPLE BESLENEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine Böçkün[1], Hülya Sucu[1], Nil Tekin[1], Sevnaz Şahin[2], Fehmi Akçiçek[2]

1 Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı T.C. İzmir Valiliği Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi, İzmir
2 Ege Üniversitesi İç hastalıkları AD, Geriatri BD, İzmir

Amaç: Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusun giderek arttığı bilinen bir gerçektir. Bu yaş grubunda kronik hastalıkların sıklığı artmakta, tedavilerdeki gelişmeler ile tam olarak iyileşmeseler de yaşam süreleri uzamaktadır. Özellikle ileri dönem kronik hastalık süreci olan, yatağa bağımlı hastalarda oral beslenme bozulmakta, tüple beslenme yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli hale gelmektedir. Bu çalışmamızda gelişmiş bir geriatrik bakım merkezi örneğinde Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi'nde kalan ve tüple beslenen hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı T.C. İzmir Valiliği Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi Geriatrik Bakım Merkezinde 2012 Nisan ayında halen kalmakta olan 254 sakinden tüple beslenen 17 sakinin sağlık servisi hasta kayıtları incelenerek, elde edilen veriler değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: Geriatrik Bakım Merkezinde tüple beslenen 17 sakinin, 16'sı PEG (Perkütan Endoskopik Gastrostomi), 1'i NG (Nazogastrik Tüp) ile beslenmekteydi. Tüple beslenen sakinlerin 13'ü (%76,5) kadın 4'ü (% 23,5) erkek idi. Yaş ortalaması 82,18 ± 2,22 (62-94) idi. Tüple beslenen sakinlerin 4'ünün (% 23,5) PEG'i kuruma gelmeden takılmış iken, 12'sine (%70,6) kurumda kaldığı süreçte sevk edildikleri gastroenteroloji kliniklerinde PEG takımı gerçekleşmiş idi. NG takılan kadın yaşlıya dev ülserler nedeniyle PEG takılımı önerilmemişti. Sakinlerin bakım merkezinde ortalama izlem süresi 65,25 ± 11,03 (3-131) ay iken, PEG ile izlem süreleri 21,25 ± 4,43 (1-52) ay olarak bulundu. Bu hastalardan 9 (%53) kişi demans tanısı almış iken, 4 (%23,5) kişide Parkinson Hastalığı mevut idi. 3 (%17,7) kişi PEG ile birlikte trakeostomili idi. En genç yaşta (62 yaş) PEG bulunan sakin erkekti ve ALS tanısı mevcuttu. PEG takılan sakinlerin 6'sında (%35,3) son bir yılda PEG yerinde en az bir kez enfeksiyon görülürken, 5'inde (%29,4) iki veya daha fazla enfeksiyon tedavisi yapılmıştı. Tıkanma, kendiliğinden çıkma ve sakinlerce çıkarılma nedenleriyle PEG revüzyonu yapılan 7 sakinin 6'sı enfeksiyon bulguları olanlardı.

Sonuç: Özellikle demans, Parkinson Hastalığı, ALS gibi oral beslenmenin bozulduğu kronik nörolojik hastalıklarda tüple beslenen yaşlılara gelişmiş bir bakımevinde uzun süreli izlem ve bakım verilebilmektedir. Bu merkezdeki izlemde yalnızca 1 hastaya komplikasyon riski nedeniyle NG takılmış olması, diğer hastaların hepsinde PEG bulunması, doğru ve etkin tüple beslenme yöntemine geçişin olduğunu göstermektedir. Ülkemizde bakım merkezlerinde kalan hastalarda PEG'e geçiş oranları ile ilgili çok merkezli çalışma verilerine ulaşılamamıştır. Bu bakım merkezinde ülkemizdeki en yüksek PEG ile beslenme sayı ve oranın verildiği düşünülmüştür. Tüple beslenmede enfeksiyon, yerinden çıkma gibi komplikasyonların önlenmesine yönelik, eğitici hemşirelerce katta çalışan hemşirelere eğitim desteğinin sağlanması önerilebilir.

P 31
BASI YARSI OLAN YATAĞA BAĞIMLI YAŞLILARIN SAĞLIK DURUMLARININ ANALİZİ

Esad Karışık, Nurullah Yücel, Hilal Özkaya, Hafize Doğan, İsa Karakurt

İstanbul Darülaceze Müdürlüğü

Amaç:
Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla yaşlı nüfusun spesifik sorunları da artmaktadır. Özellikle Günlük yaşam aktivitelerinde her gün biraz daha bağımlı hale gelen yaşlılarda bası yaraları daha da önemeli bir sorun teşkil etmektedir. Dokuların uzun süreli basınç altında kalmasına bağlı olarak geli-

şen ve daha çok vücudun kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen iskemik doku kaybı bası yarası ya da dekübit olarak isimlendirilir. Ülkemizde bası yaralarının görülme sıklığı ile ilgili net sağlıklı rakam yoktur. Bu alanda istatistikî rakamlar genellikle İngiltere ve ABD kaynakladır. Her hangi bir nedenle hastaneye yatanlarda bası yarası prevalansı %8 – 11 olduğu bildirmektedir, ancak hastane dışında özelikle bakımevlerinde bulunan geriatrik nüfusta prevalans %15 – 20 arasında rapor edilmiştir.

Gereç-Yöntem: İBB İstanbul Darülaceze Müdürlüğünde Bası yarası tedavisi gören 36 yaşlı araştırma kapsamına alındı. 2 yaşlı araştırma esnasında vefat ettiğinden 34 yaşlı ile araştırma tamamlandı. Ocak 2012 tarihinde Darülaceze yara bakım birimi kuruldu. 3 ay sonrasında birimin etkinliğini araştırmak amacı ile bu çalışma yapıldı. Yaşlılara ait demografik veriler, dosyalarından ve Darülaceze Otomasyon Sisteminden elde edildi. Beden Kitle İndeksi (BKİ) "Ağırlık (kg) / [boy(m)] 2" formülü ile hesaplandı. BKİ<18.5 kg/m2 ise zayıf, BKİ 18.5-25 kg/m2 ise normal, BKİ 25-30 kg/m2 ise kilolu, BKİ 30-39 kg/m2 ise obez ve BKİ>40 kg/m2 ise morbid obez olarak kabul edildi. MNA verilerine göre malnütrisyon (MN) var, MN riski var ve MN yok olarak sınıflandırıldı.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan yaşlıların %58.3 (n=21) erkek, %41.7 (n=15) kadın, erkelerin yaş ortalaması 67.61 ± 7.4 yıl, kadınların yaş ortalaması 76.93 ±10.4 yıl olduğu tespit edildi.

Yaşlıların hastalık tanıları dağılımı; Depresyon %75 (n=27), Hipertansiyon %55.6 (n=20), Perifer damar hastalığı %44.4 (n=17), DM %33.1 (n=12), Kanser %5.6 (n=2) olarak tespit edildi.

MNA testi sonuçlarına göre; % 67.64 (n=23) sakinde malnütrisyon ve/veya riski var, % 32.35 (n=11) malnütrisyon yok olarak değerlendirildi.

BKİ göre %27,8 oranı ile en fazla kilolu grup bulunmakta olduğu, ikinci sırada ise %16,7 ile zayıf grubun bulunduğu tespit edildi.

Takip öncesi ve takip sonrası yaraların "satge" sınıflaması:

	Stage 0	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4
Takip Öncesi	%0 (n= 0)	% 2.8 (n=1)	%47.1 (n=17)	%41.7 (n=15)	% 8.3 (n=3)
Takip Sonrası	%22.2 (n=8)	% 19.4 (n=7)	%30.6 (n=11)	% 16.7 (n=6)	%5.6 (n= 2)

Sonuç : Huzurevi ve Bakımevi gibi kurumsal bakım merkezlerinde klasik çalışmada bası yara takipleri hemşire ve sağlık memurları tarafından yapmaktadır Bizim amacımız bir birim oluşturup ve bu tür hastaları daha profesyonel takip ile farkını görmek. Yaptığımız takipleri sonucunda 3 ay içinde bası yara iyileşmeleri gözlemlendi. Yapılan takipler ve ölçümler bası yaralar malnütrisyon ilişkili olduğunu görülüyor ayrıca perifer damar hastalığı ve diyabet olması bası yaraların sıklığı artmaktadır çünkü damar hastalığı yüksek olan hastalıklar kötü beslenme riski artırıyor ve sonuç olarak gelişen bası yaralar takibi ve tedavisi daha zor ve uzun süre tedavi gerekmektedir. Hipertansiyon, periferik damar hastalığı ve diyabet'in tedavisndeki başarı yara iyileşmesini hızlandırdığı görüldü. Bası aarsı olan yatağa bağımlı yaşlıların sağlık durumlarının analizinde kronik hastalıkların takibi ve tedavisi yara tedaisi kadar önemli olabildiği tespit edildi. Özellikle depresyon bulgularının azaltılmasının da bası yarası üzerine olumlu etkileri gözlemlendi.

Kaynaklar :

1. Leigh IH , Bennett G. Pressure ulcers: prevalence, etiology and treatment modalities. *Am J Surg* 1994; 167 (1A Suppl): 25-30.
2. Allman RM. Pressure ulcers among the elderly. *N Engl J Med* 1989; 320: 850-3.
3. Yarkony GM. Pressure ulcers a review. *Arch Phys Med Rehabil* 1994;75: 908-17.

P 32
YAŞLILARDA HOMOSİSTEİN VE SERUM ANTİOKSİDANLARI İLE OSTEOPOROZ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mehmet Emin Kuyumcu[1], Yusuf Yeşil[1], Zeynel Abidin Öztürk[2], Esat Çınar[3], Cemal Kızılarslanoğlu[3], Nesibe Karahan Yeşil[4], Meltem Halil[1], Zekeriya Ülger[1], Mustafa Cankurtaran[1], Servet Arıoğul[1]

[1] Hacettepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi
2 Gaziantep Üniversitesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi
3 Hacettepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
4 Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Giriş- Amaç: Osteoporoz, kemik yoğunluğunun azalması, mikromimarisinin bozulması ve kırılganlığın artmasıyla karakterize, multifaktoriyel bir sağlık problemidir. Toplumun yaşlanmasıyla osteoporoza bağlı morbidite, mortalite ve bunlara bağlı harcamalar artmaktadır.

Kemik, yapım ve yıkımın bir arada devam ettiği dinamik bir

dokudur. Bu faaliyetlerde hormonal etmenler (östrojen, parathormon, D vitamin), interlökinler (IL-1, 6 ve 11) ve büyüme faktörleri görev almaktadır. Son çalışmalarda oksidatif stresin osteoblast ve osteoklast fonksiyonlarına etki edebileceğine yönelik çalışmalar bulunmaktadır (1, 2).

Çalışmalarda oksidatif stresin artmasıyla homosistein seviyesinin artması, ürik asit, albumin, bilirubin seviyelerinin düşmesiyle ilişkili bulunmuş. Bu çalışmanın amacı homosistein ve ürik asit, albumin, total bilirubin gibi antioksidanların osteoporoz, osteopeni ve normal kemik mineral yoğunluğu (KMD) olan hastalarda karşılaştırılması ve osteoporoz oksidatif stres ilişkisinin vurgulanmasıdır.

Materyal- Metod: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi polikliniğine başvuran 2190 hasta alınmıştır. Hastaların hepsine kapsamlı geriatrik değerlendirme testleri uygulanmıştır. KMD, Dual-Enerji X-Ray Absorpsiyometri (DEXA) (Hologic QDR- 4500A) ile ölçülmüştür. Lumbal total (L1–L4), femur boyun and femur total skorlarına bakılmıştır. KMD sonuçları WHO kriterlerine göre; normal (T-skor ≥−1.0 SD), osteopeni (T-skoru −1.0 and −2.5 SD arası), ve osteoporoz (T-skor ≤−2.5 SD) olarak gruplanmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 15. versiyon kullanılmıştır.

Bulgular: 1348 osteoporoz, 643 osteopeni ve 199 normal KMD'li hasta değerlendirildi. Hastaların demografik ve laboratuar parametreleri Tablo-1'de verilmiştir. Osteoporozu olan hastaların homosistein seviyeleri anlamlı olarak daha yüksek, ürik asit, albumin ve total bilirubin seviyeleri ise anlamlı olarak daha düşük saptandı (sırasıyla p<0.001, <0.001, 0.019 ve 0.026).

Sonuç: Bu çalışma osteoporozu olan hastalarda oksidatif stres belirteçlerinin arttığını ve doğal antioksidanların azaldığını göstermiş ve dolayısıyla oksidatif stresin osteoporoz etyopatogenezinde rol oynadığını desteklemiştir.

Tablo 1. Çalışmaya alınan hastaların demografik özellikleri ve laboratuar parametreleri

Parametreler	Osteoporoz (1348)	Osteopeni (643)	Kontrol (119)	P
Yaş (yıl)	72.30± 6.34	71.92± 6.90	71.86±5.88	0.260
Cinsiyet , erkek, %	% 29.00 (413)	%38.88 (250)	% 47.05 (56)	<0.001*
VKI (kg/m^2)	27.11± 10.6	27.20± 3.90	27.98±13.67	0.314
ESR (mm/h)	20.58±17.06	21.80±15.64	19.08±15.57	0.060
CRP (mg/dl), median± (max-min)	0.38±(20.50-0.00)	0.32±(12.00-0.01)	0.40±(12.00-0.01)	0.052
Na (mEq/L)	141.74±2.97	141.48±2.57	141.74±3.00	0.486
Kreatinin (mg/dl)	0.87±0.26	0.92 ±0.23	0.94±0.25	<0.001*
AKŞ (mg/dl)	105.8±40.62	105.50±23.45	109.42±39.24	0.115
Total kolesterol (mg/dl)	212.32±46.16	216.23±44.40	208.57±47.15	0.059
LDL(mg/dl)	129.12±3.70	127.86±40.30	123.51±44.83	0.533
TG (mg/dl)	143.24±76.35	137.82±72.18	146.34±76.10	0.326
HDL(mg/dl)	56.75±14.60	59.30±14.80	54.12±13.67	<0.001*
Ürik asit (mg/dl), median± (max-min)	5.10± (23.00-0.15)	5.52± (12.99-2.30)	5.60± (22.00-0.46)	<0.001*
Albumin (g/dl)	4.18± 0.39	4.23± 0.35	4.24± 0.34	0.019*
Total bilirubin (mg/dl)	0.63±0.36	0.65± 0.19	0.68±0.36	0.026*
ALT (U/L)	19.56±10.80	20.58±10.21	21.12±10.85	0.005*
AST (U/L)	21.83±8.90	23.23±7.40	22.33±10.03	0.083
ALP (U/L)	156.63±77.63	117.38±62.80	163.47±75.74	<0.001*
GGT (U/L)	25.15 ± 20.96	24.26 ± 15.36	24.25± 13.92	0.182
Homosistein (µmol/l)	18.40 ± 7.44	16.73± 7.03	16.30 ±4.77	<0.001*
Vitamin B12 (pg/ml)	353.98 ± 155.22	350.15±129.40	356.78±166.97	0.881
Folik asit (ng/ml)	11.46±5.40	11.62±5.31	11.54±5.61	0.891
Hipertansiyon	%73.20 (1043)	%71.22 (458)	%67.22 (80)	0.006*
Diüretik kullanımı	%21.6 (218)	%19.12 (123)	%21.00 (25)	0.366
Hipoürisemik ilaç kullanımı	%2.80 (28)	%3.42 (22)	%5.04 (6)	0.375
Diabetes Mellitus	%22.00 (313)	%22.08 (142)	%26.05 (31)	<0.001*
KAH	%29.4 (419)	%22.08 (142)	%26.89 (32)	0.061
Sigara	%8.20 (117)	%9.17 (59)	%8. 40 (10)	0.848

Kaynaklar:

1. Troen BR. Molecular mechanisms underlying osteoclast formation and activation. Exp Gerontol 2003; 38: 605-614.
2. Lean JM, Jagger CJ, Kirstein B et al. Hydrogen peroxide is essential for estrogen-deficiency bone loss and osteoclast formation. Endocrinology 2005; 146: 728-735.

P 33
ÖZEL BAKIM MERKEZİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN EV KAZALARINA YÖNELİK RİSKLİ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Tülay Ortabağ[1], Özlem Özdemir[1], Selim Kılıç[2]

1 Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği B.D.
2 Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Halk Sağlığı A.B.D.

GİRİŞ VE AMAÇ: Yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler ve kronik hastalıklar, kaza riski açısından yaşlı bireyler için önemli bir sorun oluşturmaktadır. Yaşlıların karşılaştığı sorunların önemli bir bölümünü ev kazaları oluşturmaktadır. Ev kazalarından korunmada; kazalara yönelik riskli davranışların belirlenmesi, önlenmesine yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması önem taşımaktadır. Bu araştırmanın amacı; özel bakım merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin ev kazalarına yönelik riskli davranışlarını belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma Mart-Mayıs 2010 tarihleri arasında, Ankara'da bir özel bakım merkezinde son bir yıldır yaşayan (n=90), 65 yaş ve üzeri yetmiş beş bireyle (%83.2) yapılmıştır. Veri toplama formu, 65 yaş ve üzeri bireylerin bazı kişisel özellikleri, ev kazalarına ilişkin riskli davranışları ve ev kazası yaşama durumlarını belirlemeye yönelik soruları içermektedir. Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi SPSS (15.0) programında sayı, yüzdelik dağılım ve Ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışma kapsamına alınan yaşlı bireylerin %70.7'si 80-96 yaş grubunda olup, % 65.3'ü kadındır. Çalışmada yaşlıların %70.7'sinin lise ve üzeri öğrenim gördüğü, %68'inin dul/boşanmış ve %74.7'sinin herhangi bir kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin son bir yıl içerisinde %40.0'ının ev kazası geçirdiği ve yaşla birlikte artış gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca yaşlı bireylerin ev kazalarına yönelik "dolap kullanırken yardım alma", "ıslak elle kapı/pencere kolu açma", "duştan çıktıktan sonra terlik giymeden ıslak zemine basma", "ayak tabanı kaydırmaz terlik/ayakkabı kullanımına" ilişkin riskli davranışları belirlenmiştir.

SONUÇ: Hemşirelik girişimlerinin önemli bir parçası yaşlı bireylerin ev kazalarına yönelik riskli davranışlarını değerlendirmektir. Bu değerlendirmeler doğrultusunda yaşlı bireylerin riskli davranışlara yönelik farkındalıklarının arttırılması, güvenli davranışlarının desteklenmesi, kazaların önlenmesinde ve yaşlıların yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önem taşımaktadır.

P 34
BİR GEROPSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ALZHEİMER DEMANSI TANILI HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Pınar Tekin Eraslan[1], Mukaddes Tozlu[2], Eylem Şahin Cankurtaran[3], Burcu Balam Doğu Yavuz[4], Elvan Özalp[3], Ersin Hatice Karslıoğlu[5], Semra Ulusoy Kaymak[5], Burcu Erkek[1]

1 Asist. Dr. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği,
2 Asist. Dr. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı,
3 Doç. Dr. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği,
4 Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, Geriyatri Bilim Dalı
5 Uzm. Dr. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği,

Amaç: Türkiye'de yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı az olmakla birlikte zaman içinde yaşlı sayısının ve de dolaylı olarak yaşlılık çağı hastalıklarının oranının artması beklenmektedir. Yaşla birlikte sıklığı artan Alzheimer demansının da konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde giderek daha da önemli bir yer alması beklenmektedir.

Bu çalışmada Geropsikiyatri Birimi'ne 2007-2009 tarihleri arasında başvuran ve Alzheimer demansı tanısı almış hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2007-2009 tarihleri arasında Geropsikiyatri Birimi'ne başvuran 343 hastadan geriye dönük dosya taramasında sadece Alzheimer demansı tanısı konmuş hastalardan, telefonla ulaşılıp çağrılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 50 olgu değerlendirmeye alınmıştır. Vasküler Demans, Karışık Tip Demans, Parkinson Demansı ve Lewy Cisimcikli Demans tanıları çalışma dışı bırakılmıştır. Hastalara görüşmede Mini

Mental Durum Muayenesi Ölçeği, Global Kötüleşme Ölçeği, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Lawton Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği verilmiştir.

Bulgular: Olguların % 68'i (n=34) erkek, % 32'si (n=16) kadın, yaş ortalaması 76.1 yıl ve tahmini hastalık süresi ortalama 41.4 ay olarak saptanmıştır. Olguların 24'ü evli, 23'ü dul, 2'si bekar, 1'i boşanmış olarak kaydedilmiştir.

Alzheimer Demansı tanılı hastaların ortalama Mini Mental Durum Muayenesi puanı 17 (en az=2, en çok=26), Global Kötüleşme Ölçeği ortanca değeri 5 (en az=4, en çok=6), Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ortanca değeri 5.5 (en az=0, en çok=24), Lawton Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ortanca değeri 6 (en az=0, en çok=17) bulunmuştur.

Örneklemin %54'ünde (n=27) Hipertansiyon, %16'sında (n=8) Diabetes Mellitus, %5'inde (n=5) Koroner Arter Hastalığı, %18'inde (n=9) Vitamin B12 eksikliği tanıları saptanmıştır.

Sonuç: Türkiye'de Gürvit ve arkadaşları tarafından yapılmış olan demans yaygınlığı çalışmasında, olası Alzheimer Demansı yaygınlık oranı %11, demans oranı % 20 olarak saptanmıştır (2008). Bu çalışmada ise Geropsikiyatri Birimi'ne 2007-2009 tarihleri arasında başvuran 343 yaşlıdan 50'sine Alzheimer demansı tanısı konmuştur.

Yaşlı hastalarda eşlik eden kronik bedensel hastalıkların sıklığı artmaktadır ve bu örneklemde de Alzheimer hastalarına eşlik eden bedensel hastalıkların oranı genel toplumda yaşlılarda saptanan oranlara göre fazladır. Bu noktada, eşlik eden fiziksel hastalıkların iyi tanınmaları ve konsültasyon-liyezon ekibi tarafından ele alınmaları, hastaların günlük yaşam aktivitelerine ve genel iyilik hallerine olumlu etkide bulunacaktır.

Geropsikiyatri Birimi'ne başvuran yaşlılara MMSE, saat çizme testi gibi demans tanısı için kullanılan basit testlerin yanı sıra günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi de amaçlanmaktadır. Birime başvuran yaşlılara Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Lawton Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği rutin olarak uygulanmaktadır ve de Alzheimer demansı tanısı alanlarda Global Kötüleşme Ölçeği'de uygulanmaktadır. Alzheimer hastalarının izlemlerinde mental işlevlerin takibi yanında günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi ilaç tedavilerinin etkilerini daha açık görmemiz yanında hastanın bir bütün olarak ele alınmasını da sağlayacaktır. (Nygard ve Winblad, 2006; Desai ve ark, 2004).

Kaynaklar:

1. Gürvit H, Emre M, Tinaz S,. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2008; 23(1): 67-76.
2. Nygard, L.,Winblad, B. (2006) Measuring long term effects and changes in the daily activities of people with dementia. J Nutr Health Aging, 10 (2), 137-138.
3. Desai AK, Grossberg GT, Sheth DN (2004). Activities of daily living in patients with dementia: clinical relevance, methods of assessment and effects of treatment. CNS Drugs.;18(13):853-75.

P 35
KRESENTİK GLOMERÜLONEFRİTLE PRESENTE OLAN PROSTAT ADENOKANSER OLGUSU: NADİR GÖRÜLEN BİR MALİGNİTE HABERCİSİ

Dr Alper Alp[1], Dr İbrahim Meteoğlu[2], Dr Nil Çulhacı[2],Dr Alparslan Ünsal[3], Dr Yavuz Yeniçerioğlu[1], Dr Harun Akar[1]

1 Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı
2 Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı
3 Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Hızlı ilerleyen glomerülonefrit etiyolojisi genellikle postenfeksiyöz sebepler, kollajen vasküler hastalıklar, immün kompleks hastalıklar, otoimmun hastalıklar, maligniteler, sistemik nekrotizan arterit ve Wegener granülomatozusu ile ilişkili; bazen de idiopatik olan bir klinik tablodur. Kresentik glomerulonefritin rifampin, warfarin, hidralazin, propiltiyourasil, enalapril, fludarabin ve penisilamin tedavilerini izleyen dönemlerde de ortaya çıkabileceğini gösteren yayınlar mevcuttur(1).

Kresentik glomerülonefritin en sık birliktelik gösterdiği solid tümörler renal hücreli kanser, akciğer kanseri ve mide kanseridir. Hematolojik tümörlerden ise kronik myelositer lösemi ve miyelodisplastik sendromdur(2). Altta yatan malignitenin tedavisi ile glomerülonefrit kliniğinin gerileyebildiğini gösteren yayınlar da mevcuttur(3).

Hızlı ilerleyen glomerülonefrite sebep olabilecek başka bir kanıtın yokluğunda ve tümörün eradikasyonu ile nefrolojik açıdan persistan remisyon görülmesi halinde hastadaki renal disfonksiyonun paraneoplastik nefrite bağlı olduğu düşünülebilir.

OLGU: Solunumsal hastalık öyküsü olmayan 68 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 aydır olan öksürük, sarı renkli balgam çıkarma, kanlı balgam şikayetleriyle başvurduğu merkezde

çekilen akciğer grafileri ve akciğer tomografisinde yaygın ve bilateral infiltrasyonlar saptanması üzerine antibiyoterapi verilerek izleme alınmış. Takiplerinde şikayetleri ve radyolojik bulguları gerilemeyen olgu Adnan Menderes Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'na yönlendirilmiş. Burada yapılan rutin biyokimyasal tetkiklerinde açlık kan şekeri: 125 mg/dl, üre: 100 mg/dl, kreatinin: 2.9 mg/dl, ürik asit: 6.8 mg/dl, kalsiyum:8.7 mg/dl, potasyum: 4.7 mmol/l, fosfor: 3.6 mg/dl, albumin 3.4 gr/dl, lökosit: 9480, hemoglobin: 6.8 gr/dl, hematokrit: %20.6, platelet: 326000, sedimantasyon 103 mm/saat, protrombin zamanı 12.6 saniye, aktive parsiyel tromboplastin zamanı 24.2 saniye olarak saptanmış. Tam idrar tetkikinde dansite 1012, ph 5.5, protein +++, lökosit her sahada 24, eritrosit her sahada 161 olarak tespit edilmiş. Alveoler hemoraji şüphesiyle bronkoskopi yapılmış. Endobronşiyal patoloji veya kanama odağı saptanmamış. Bronkoalveoler lavaj yapılarak inceleme için mikrobiyoloji ve patolojiye örnekler yollanmış. Örneklerde asidorezistan bakteri görülmemiş ve kültürde de üreme saptanmamış. Bronkoalveoler lavaj sıvısında CD8 %69, CD4 %25.6, patoloji incelemesinde benign sitoloji, hücre dağılımı da %70 alveoler makrofaj, %20 bronş epiteli, %5 lenfosit, % nötrofil olarak saptanmış. Bu esnada bakılan ANA 1/100 titrede homojen paternde pozitif, AMA(IFA) sınır değerde, ANCA, Anti-GBM, ASMA negatif saptanmış. Derin anemisi ve üremisi olan, pulmoner-renal sendrom düşünülerek Nefroloji kliniğine nakli yapılan olgunun özgeçmişinde ve aile öyküsünde bir özellik mevcut değildi. Fizik muayenesinde arteriyel tansiyonu 120/80 mmHg , nabız 80/dakika, ateş: 36^0 derece, solunum sayısı: 20/dakika saptandı. Hasta soluk görünümde ve konjunktivaları soluktu. Diğer sistem muayenesi olağandı. Biyokimyasal tetkiklerinde üre: 107 mg/dl, kreatinin: 3.28 mg/dl, Fe: 12 µgr/dl, Total demir bağlama kapasitesi: 327 µgr/dl, Fe % Transferrin saturasyonu %4, ferritin 109.4 ng/ml, vitamin B12 :193 pg/ml, folat: 7.6 ng/ml, TSH: 0.155 µIU/ml, Serbest T3: 2.92 pg/ml, CRP : 20.94 mg/L, RF: 0.5 u/ml olarak saptandı. Yirmi dört saatlik idrarda 1.991 gr/gün proteinüri, 1.191 gr/gün mikroalbuminürisi, HbsAg negatif, Anti Hbs pozitif, IgA 624(N:45-380 mg/dl), IgG 1927(N:650-1600 mg/dl), IgM:100.06(N:50-300 mg/dl), IgE:133,7(N: 0-100 IU/L), C3:125,19(N: 85-200 mg/dl), C4:34,68(N:15-50 mg/dl), Anti HCV negatif ölçüldü. Hastanın IgG, IgA ve IgE değerlerinde hafif yükseklik mevcuttu. Glomerüler filtrasyon hızı 20.05 ml/dakika/1.73 m^2 olarak hesaplandı. Renal ultrasonografisinde sağ böbrek 102*38 mm, parankim kalınlığı 13 mm ve ekojenite olağan, sol böbrek 98*38 mm boyutlarında, parankim kalınlığı 16 mm ve ekojenitesi olağandı. Hastaya girişimsel radyoloji bölümünce ultrasonografi eşliğinde böbrek biyopsisi yapıldı. Böbrek biyopsisinde 11 adet glomerülün 7' sinde sellüler, 2'sinde fibrosellüler özellikte kresent, interstisyel alanda yoğun mikst inflamasyon, hafif fibrozis, tübüllerde atrofi saptandı. Histokimyasal olarak amiloid birikimi ve direkt immunfloresan yöntemde birikim saptanmadı. Kresentik glomerulonefrit olarak değerlendirildi. (Şekil 1) Olguya pulse steroid tedavisi uygulanmadı; trimetoprim 80 mg-sulfametoksazol 400 mg profilaksisi eşliğinde 1 mg/kg dozunda oral metil prednizolon tedavisi başlandı. Olguya 2 kür siklofosfamid tedavisi 750 miligram dozunda intravenöz olarak 1 ay arayla uygulandı. Geriatrik yaş grubunda olan hastaya altta yatan klinik durumun araştırılmasına yönelik tüm batın ve akciğer bilgisayarlı tomografi incelemesi, tümör belirteçleri, gastrointestinal sisteme yönelik endoskopik incelemeler planlandı. Anemi nedeniyle istenen hematoloji konsültasyonu sonucu demir eksikliği anemisi düşünüldü. Etiyoloji amacıyla yapılan özofagoduodenoskopisi, kolonoskopisi normal saptandı. Tümör belirteçlerinden sPS: 6.28 ng/ml(N:0-3.4), free PSA: 2,45 ng/ml(N:0-0.42), AFP: 0.612 ng/ml idi. Tüm batın tomografisi çekilen olgunun prostat bezi beklenenden büyüktü (transvers çap 60 mm), sağ sakroiliak ekleme komşu iliak kemikte subkondral düzeyde 8 mm çapında, solda asetabulumda anteriorda 12 mm çapında iki adet sklerotik odak mevcuttu. Görüntülemede prostat bezi büyüklüğü ve PSA değerleri normalden yüksek bulunduğu için istenen üroloji konsültasyonunda prostat biyopsisi önerildi. Prostat biyopsisi adenokarsinom ile uyumlu geldi. (Gleason skoru: 3+3=6)(Şekil 2)

Prostat adenokarsinomu nedeniyle operasyon ve kemoterapi planlandı.

TARTIŞMA: Kresentik GN temel histolojik bulgusu olan yaygın kresentlerle (genellikle >50%) kendini gösteren, hızlı renal fonksiyon kaybı (sıklıkla glomerüler filtrasyon hızında günler, haftalar, aylar içinde yaklaşık %50 düşme) ile giden bir glomerüler hastalık tablosudur. Sıklıkla otoimmun hastalıkların seyrinde görülür(4). Bununla birlikte altta yatan birçok hastalığın belirtisi olabilir. Solid tümörler klinik izlemde farklı paraneoplastik sendromlarla ortaya çıkabilmektedirler. Malignite ile ilişkili glomerülonefritlerin çoğu membranöz nefrit olarak görülür(5).

Böbrek dışı maligniteler ile glomerüler patolojiler arasındaki ilişki ilk kez 1922 yılında Galloway tarafından tanımlanmıştır(6). Paraneoplastik glomerülopatiler kanserin sebep olduğu hormon sekresyonu, büyüme faktörleri, sitokinler veya antijenlere bağlı gelişen glomerüler hastalıklardır. Tümör yükü, invazyonu veya metastazın bir sonucu değildir. İdiyopatik pausi-immun kresentik GN tablosuyla presente olan hastaların yaklaşık %7-9'u paraneoplastik kresentik

glomerülonefrittir(7). Pausi-immun kresentik GN tanılı hastalarda altta yatan maligniteler kolon kanseri, prostat kanseri, mesanenin transizyonel kanseri, renal hücreli kanser, akciğer adenokanseri ve okkült mide kanseri gibi solid tümörler ve myelodisplastik sendrom, Hodgkin ve non Hodgkin lenfoma, myeloproliferatif sendromlar, kronik lenfositer lösemi gibi hematolojik malignitelerdir(1,8).

Biava ve arkadaşlarının yaptığı geriye dönük bir çalışmada 40 yaş üzerinde kresentik GN saptanan hastaların 20% sinde eşlik eden böbrek dışı bir malignite saptanmış(9).

Paraneoplastik kresentik glomerülonefrit olgularında altta yatan tümörün uzaklaştırılması tedavide önemlidir. Buna ek olarak immunsupresif tedaviye(kortikosteroid, siklofosfamid) yanıt veren olgular da literatürde mevcuttur(10).

Altta yatan malignitenin ortaya çıkarılmasından önce paraneoplastik GN'nin tanınabilmesi için öncelikle bu tanının akla getirilmesi gerekir. Rutin olarak, olasılıkla o yaşta görülme olasılığı yüksek olan malign hastalıklara ait taramalar glomerülonefritli hastalarda yapılabilir.

Her hastada malignite glomerüler patolojiyle eş zamanlı olarak ortaya çıkmayabilir. Altta yatan kanserin remisyonu veya eradikasyonu ile glomerüler hastalığın klinik ve histolojik olarak gerilemesi, relaps durumunda renal patolojinin tekrar alevlenmesi ve bu glomerülopatiye sebep olabilecek elde diğer kanıtların olmaması glomerülopati ile spesifik kanser arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirir.

Literatürde prostat adenokanserine eşlik eden kresentik glomerülonefrit vakasına nadiren rastlanılmıştır(11).

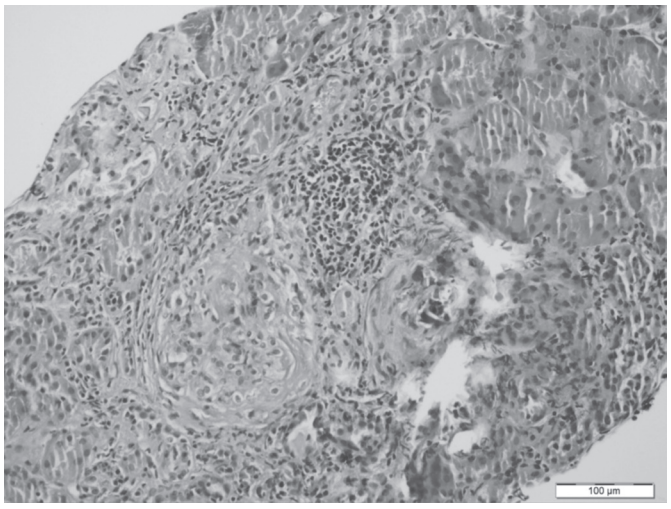
Gelişen yaşam şartları, tıp dünyasındaki yenilik ve ilerlemelerin, yükselen hayat kalitesinin ortalama yaşam süresini uzatması geriatrik populasyonun artmasına sebep olmuştur. Bu nedenle, özellikle ileri yaş grubundaki hastalarda biyokimyasal tetkikler doğrultusunda ve klinik endikasyon halinde böbrek biyopsisinden çekinilmemelidir. Bu yaş grubunda böbrek biyopsisinde saptanan kresentik glomerülonefrit altta yatan bir malignitenin öncüsü olabilir. Bu yüzden kresentik glomerülonefrit saptanan ileri yaş grubundaki olgularda bu renal patolojinin altta yatan bir malign hastalığa ikincil olarak gelişebileceği, malign hastalığın sağaltımı ile bu patolojinin düzelebileceği akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar:

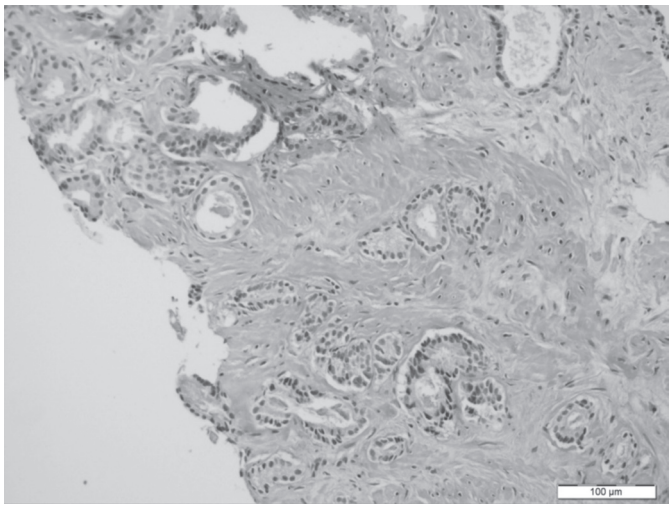
1. A. Tisler, A. Pierratos and J. H. Lipton. Crescentic glomerulonephritis associated with p-ANCA positivity in fludarabine-treated chronic lymphocytic leukaemia Nephrol Dial Transplant (1996) 11: 2306-2308
2. Lien, Y.-H. H. & Lai, L.-W. Nat. Rev. Nephrol. 7, 85-95 (2011); published online 14 December 2010 Nature Reviews Nephrology 7, 85-95 (February 2011) | doi:10.1038/nrneph.2010.171
3. Yavuzsen T, Oztop I, Yilmaz U, Cavdar C, Sifil A, Sarioglu S, Alakavuklar M. Gastric cancer diagnosed in a patient with crescentic glomerulonephritis. Gastric Cancer. 2003;6(4):267-9.
4. Sibylle von Vietinghoff, Wolfgang Schneider, Friedrich C. Luft and Ralph Kettritz. Crescentic glomerulonephritis and malignancy guilty or guilt by association? Nephrol Dial Transplant (2006) 21: 3324–3326 Advance Access publication 5 August 2006 doi:10.1093/ndt/gfl456
5. Sherene L, Gregory J P, Hugo S and John D: Glomerulosclerosis: A paraneoplastic phenomenon? Nephrology 9: 387–391, 2004.
6. Galloway J: Remarks on Hodgkin's disease. Br Med J 2: 1201-1204, 1922.
7. Cancer and the Kidney: The Frontier of Nephrology and Oncology Yazar: Eric P. Cohen sayfa 58
8. Hatakeyama S, Kawano M, Konosita T et al. A case of renal cell carcinoma associated with rapidly progressive glomerulonephritis. Nippon Jinzo Gakkai Shi 1990; 32: 1125–1132
9. Biava CG, Gonwa TA, Naughton JL, Hopper J Jr. Crescentic glomerulonephritis associated with nonrenal malignancies. Am J Nephrol. 1984;4(4):208-14.
10. Murakami T, Nagai K, Matsuura M, Kondo N, Kishi S, Araoka T, Kishi F, Sakiyama T, Mima A, Bando Y, Abe H, Doi T. MPO-ANCA-positive anti-glomerular basement membrane antibody disease successfully treated by plasma exchange and immunosuppressive therapy. Ren Fail. 2011;33(6):626-31. Epub 2011 May 20
11. Haskell LP, Fusco MJ, Wadler S, Sablay LB, Mennemeyer RP. Crescentic glomerulonephritis associated with prostatic carcinoma: evidence of immune-mediated glomerular injury. Am J Med. 1990 Feb;88(2):189-92.

Şekiiller:

Şekil 1: Böbrek biyopsisi; fibrosellüler özellikte kresent, interstisyel alanda yoğun mikst inflamasyon. Hematoxylen&Eosinx20



Şekil 2**:** Prostat adenokanser. Hematoxylen&Eosinx20



P 36
ROMATOLOJİK SORUNU OLAN YAŞLI HASTALARIN ALDIKLARI İLAÇ TEDAVİSİNE İLİŞKİN YAŞADIKLARI SEMPTOMLAR

Sevilay Hindistan[1], Seçil Gülhan[2], Hilal Pekmezci[2]

1 KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Trabzon
2 KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği AD Yüksek Lisans Öğrencisi, Trabzon

Amaç: Araştırma, romatolojik sorunu olan yaşlı hastaların aldıkları ilaç tedavisine ilişkin yaşadıkları semptomları belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Trabzon'da bir Devlet Hastanesi'nin Romatoloji kliniklerinde romatolojik bir hastalık tanısı (gonartroz, koksartroz, lumbosakral kök bozukluğu v.b.) nedeni ile tedavi alan, 60 yaş üstü, iletişim güçlüğü olmayan, herhangi bir psikiyatrik tanı almayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 71 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı nitelikte olan araştırmanın verileri 01 Şubat- 01 Nisan tarihleri arasında hastalarla yüz yüze görüşülerek Hasta Bilgi Formu ile toplanmıştır. Hasta bilgi formu uygulanmadan önce ilgili kurumdan yazılı izin, hastalardan aydınlatılmış onam alınmıştır. Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan Hasta Bilgi Formu'nda sosyodemografik veriler, hastaların aldıkları ilaç tedavileri ve yaşadıkları semptomlara ilişkin 16 soru yer almıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hastaların %78.9'u kadın, %11.3'ü 70-75 yaş grubunda, %59.2'si evli, %54.9'u okuryazar değil, %66.2'si ev hanımı ve %45.1'i köyde yaşamaktadır. Hastaların %45.1'i gonartroz tanısına sahiptir ve %52.1'inin hastalık süresi 1-5 yıldır. Romatolojik sorunu olan bu hastaların aldıkları ilaç tedavilerinin %98.6'sını nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar, %73.2'sini antiülser ilaçlar, %50.7'sini antikoagülan ilaçlar,%33.8'ini antibakteriyel ilaçlar ve %9.9'unu opioid ilaçların oluşturduğu bulunmuştur. Kullanılan bu ilaç tedavilerine ilişkin hastaların en sıklıkla mide yanması (%87.5), mide ağrısı (%76.1) ve cilt altı kanamadan (%42.3) yakındıkları saptanmıştır. Hastaların daha az sıklıkta yaşadıkları semptomların ise terleme (%35.2), bulantı/kusma (%22.5)ve iştahsızlık (%11.3) olduğu belirlenmiştir.

Sonuç : Romatolojik sorunu olan hastaların tedavisinde kullanılan ilaçların yaşlı hastalarda özellikle mide yanması, mide ağrısı ve cilt altı kanama sorunlarına yol açtığı saptanmıştır. Bu nedenle hastaların tedavilerinde kullanılan ilaçların yan etkileri göz önünde bulundurularak daha dikkatli hasta izlemi ve uygun ilaç seçimi yapılmalıdır.

P 37
BAKIMEVİNDE, BASİTLEŞTİRİLMİŞ İŞTAH ANKETİ İLE ANOREKSİA SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI

Sevnaz Şahin[1], Gizem Beycan[2], Atike Öztürk[2], Fehmi Akçiçek[1]
[1] Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri BD, İzmir
[2] İzmir Huzurevi, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi , İzmir

Giriş ve Amaç: Anoreksia; İştah azalması ve/veya gıda tüketiminde azalmayı ifade eder. Görülme sıklığı toplumda yaşayanlarda %20, evde bakım verilenlerde %25, evde yaşayan Alzheimerli hastalarındada %40-45 iken kurumsal bakım verilenlerde %50-60 olarak belirtilmektedir. Anoreksia sık olmasına rağmen tanı ve tedavi oranları düşüktür. Anoreksianın saptanması malnütrisyon gelişmeden müdahale edilmesini sağlayacağı için önemlidir. Basitleştirilmiş iştah anketi hızlı uygulama özelliği nedeniyle anoreksi taramasında kullanılan bir testtir. Kilo kaybının öngörülmesinde %82 spesivite, %80 sensitiviteye sahiptir. Basitleştirilmiş iştah anketi ile 14 puan ve altında olması önümüzdeki 6 ay içinde en az % 5 lik kilo kaybı riski ön görülmektedir. Bu çalışmada bir yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde basitleştirilmiş iştah anketi kullanılarak anoreksi oranının saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: İzmir Huzurevi, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde kalan bilişsel fonksiyon bozukluğu olmayan, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız toplam 59 hasta çalışmaya alındı. Tüm yaşlılara 4 sorudan oluşan basitleştirilmiş iştah anketi uygulandı (Tablo 1). İştah anketinde değerlendirme şıklara puan verilerek yapıldı (a=1,b=2,c=3,d=4, e=5 puan). Anketin toplam puanı 20 üzerinden 14 puanın altında alınması anoreksi olarak tanımlandı .

Tablo 1: Basitleştirilmiş iştah Anketi

1 İştahım… a- Çok kötü, b- kötü, c- orta, d-iyi, e- çok iyi
2. Yemek yediğim zaman… a- Birkaç lokmadan yedikten sonra doyduğunu hissederim b- Yemeğin 1/3 ünü yedikten sonra doyduğunu hissederim c- Yemeğin ½ sini yedikten sonra doyduğunu hissederim d- Yemeğin çoğunu yedikten sonra doyduğunu hissederim e- Nadiren doymuş hissederim
3. Yemeklerin tadı… a- Çok kötü, b- kötü, c- orta, d-iyi, e- çok iyi
4. Normal şartlarda günde … a- 1 öğünden az yerim b- 1 öğün yerim c- 2 öğün yerim d- 3 öğün yerim e- 3 öğünden fazla yerim

Bulgular: Çalışmaya alınan toplam 59 yaşlının % 52.5'i kadın %47.5'i erkekti, ortalama yaş 77,8 ±8.8 olarak bulundu. Basitleştirilmiş iştah anketinden ortalama alınan puan 16.5 ±1.8 olarak saptandı. 14 puan ve altında alan yaşlı oranı % 8.47 (5 yaşlı) olarak saptandı.

Sonuç: Yaşlıda anoreksia farklı nedenlerle meydana gelebilir ve altta yatan etiyolojinin saptanıp ortadan kaldırılması ile engellenebilir. Basitleştirilmiş iştah anketi hızlı uygulama özelliği nedeniyle anoreksia taramasında kullanılan bir testtir. Çalışmaya alınan huzurevinde anoreksia oranı %8.47 saptanmıştır. Anoreksia oranı literatüre oranla düşük saptanmıştır, düşük oranının nedenleri olarak çalışmaya alınan yaşlı sayınsın düşük olması, bilişsel fonksiyonları bozulmayan günlük yaşam aktivilerinde bağımsız yaşlıların alınmasının etkili olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmanın daha yüksek sayıda yaşlı ile malnütrisyon tarama ölçekleri ile karşılaştırmalı olarak yapılmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz.

P 38
KAPSAMLI GERİATRİK DEĞERLENDİRME İLE POLİFARMASİ ENGELLENBİLİR Mİ? BAŞARILI BİR OLGU ÖRNEĞİ

Sibel Akın, Aslı Tufan, Gülistan Bahat Öztürk, Fatih Tufan, Timur Selçuk Akpınar, Bülent Saka, Nilgün Erten, Mehmet Akif Karan
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri Bilim dalı

GİRİŞ: Polifarmasi, ≥4-5 üzerinde ilaç kullanılması, klinik endikasyondan fazla ilaç ya da en az bir gereksiz ilaç kullanılmasıdır ve yaşlılarda çok yaygın bir problemdir. Ancak ilaç sayısının fazlalığı yan etki oluşumu için bağımsız bir risk faktörüdür. Kapsamlı geriatrik değerlendirme polifarmasi sıklığını ve yan etkilerini azaltabilir. Burada 12 farklı ilaç kullanarak gelen yaşlı bir olgunun hem klinik durumunda hem de ilaç sayısında anlamlı düzelme ile neticelenen geriatrik değerlendirme planı sunulmaktadır.

OLGU: 82 yaşında erkek hasta halsizlik, baş dönmesi ve unut-

kanlık yakınmaları ile geriatri polikliniğimize başvurdu. İki yıldır demans ve Parkinson Hastalığı tanısı ile tedavi almakta olan hasta bir aydır düşme korkusuna neden olan halsizlik, ayağa kalktığında baş dönmesi ve göz kararması tarifliyordu. Kullandığı ilaçlar gabapentin 400 mg 2x1, sertralin100 mg 1x1, duloksetin 60 mg 1x1, donepezil 10mg 1x1, memantin 10 mg 1x1, olanzapin 5 mg 1x1, ketiapin 50 mg 1x1, pramipeksol 0.25 mg 1x1, atorvastatin 20 mg 1x1, asetilsalisilik asit 100 mg 1x1, B12 vitamini 1x1, Bicalutamide150 mg 1x1 idi. Kapsamlı geriatrik değerlendirmesinde unutkanlığı 1-2 yıldır vardı ancak günlük yaşamını etkilemiyordu. Uyku değerlendirmesinde huzursuz bacak sendromu ve REM uykusu davranış bozukluğu (REMSBD) anamnezi ile uyumluydu. Özgeçmişinde prostat Ca nedeni ile operasyon geçirmiş ve hormonoterapi almıştı. TA sağ kol 150/70 sol kol 165/70 mmHg ölçüldü ve ortostatik hipotansiyon tespit edildi. Nörolojik muayenesinde postural instabilite varlığı dışında Parkinson hastalığını düşündüren bulgu yoktu. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. MMSE:25/30, GDS:8/30, saat çizme testinden 4/5 idi. Özgeçmiş anamnezi depresyon tanısını düşündürmemekteydi. Tedavi yeniden gözden geçirildi: donepezil 10mg 1x1, memantin 10 mg 1x1, olanzapin 5 mg 1x1, ketiapin 50 mg 1x1 tedavilerinin gereksiz olduğu düşünüldü ve semptom kontrolü ile azaltılarak 2 ay içinde kesilmesi planlandı. REMSBD'e yönelik gabapentin 400 mg 2x1 devam edildi; pramipeksol 0.25 mg 1x1 tedavisi belirgin ortostatik hipotansiyon yapacağından kesildi. Düşme riski olan hastamızın kullandığı SSRI tedavisi sertralin100 mg 1x1 önce yarı doza düşürülmesi ve sonra kesilmesi planlandı. Hiç depresyon atağı olmadığından duloksetin 60 mg 1x1 bir ay kullandıktan sonra yarı dozda devam edilmesi planlandı. Asetilsalisilik asit 100 endikasyonu olmadığından kesildi, böylece PPI kullanma endikasyonu kalmadı. B12>2000 ng/ml olduğundan kesildi. 4 ay sonra hasta duloksetin 60 mg 1x1, gabapentin 400 mg 1x1(gece), atorvastatin 20 mg 1x1, kullanmaktaydı. ve yakınmaları tamamen gerilemişti. Bicalutamide150 mg 1x1

SONUÇ: Yaşlılarda genellikle birden fazla ve farklı hekim başvuruları olmakta, bu da zararlı polifarmasiye sebep olabilmektedir. Burada endikasyon dışı çok sayıda ilaç kullanımı nedeniyle yaşam kalitesinde ciddi bozulma olan bir olgu sunulmuş, kapsamlı geriatrik değerlendirme rehberliğinde sadece ilaç kesilerek tedavi başarısı sağlanmıştır. Yaşlı bir hastada hastanın ilaçları her vizitte gözden geçirilmeli, tanıları ile tedavileri en az yılda bir kez karşılaştırılmalıdır. Mevcut semptomlar aksi ispat edilene kadar kullanılan ilaçlar ile ilişkilendirilmelidir.

P 39
HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİ GÖZÜYLE YAŞLI STİGMASI: HALEN VAR MI?

Gülbahar Köroğlu, Gülcan Bağcivan, Nalan Akbayrak
GATA Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği BD.

Amaç: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma ile Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin, yaşlı stigmasına yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, bir Hemşirelik Yüksek Okulu 1. sınıf öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. 1. sınıf öğrencileri 109 kişi olup çalışmaya gönüllü olan 95 öğrenci katılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür incelemesi doğrultusunda geliştirilen ve öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve "yaşlı stigmasına" yönelik soruların yer aldığı veri toplama formu kullanılmıştır. Öğrenciler "yaşlı stigmasına" yönelik olan ifadeler için 1 ve 3 arasında planlama yapmıştır. (1=katılmıyorum, 2=kararsızım, 3=katılıyorum). Verilerin toplanmasında Ocak 2012 tarihinde araştırmacılar tarafından öğrencilere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra öğrencilere anketler dağıtılmış ve anketi doldurmaları istenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan toplam 95 öğrencinin %87.4'ü (n=83) çekirdek aile yapısında olup, % 68.4'ü (n=65) şimdiye kadar ailesinde 65 yaş üstü birey ile yaşamamış, %58.9'unun (n=56) büyük ebeveyni kendi evlerinde yalnız yaşamakta ve %75.8'i (n=72) ileride kendileri aile kurduktan sonra anne babası ile birlikte yaşamak istemektedir. Öğrencilerin %86.3'ü (n=82) mezun olduktan sonra yaşlı bireyler ile çalışmak istemektedir. Öğrencilerin yaşlı stigmasına yönelik olan ifadelere verdikleri cevaplara göre; "yaşlılar sevecendir" (%77.9,) "yaşlılar alıngandır" (% 67.4), "yaşlılar değişikliklere kolay uyum sağlayamazlar" (%62.1), "yaşlılar çocuk gibidir" (%51.6), "yaşlılık bilgeliktir" (%41.1), "yaşlılar komiktir" (%45.3) ve "yaşlılar daha hoşgörülüdür" (%33.7) ve "Yaşlılar unutkandır" (%35.8) gibi ifadeler ilk sıralarda yer almaktadır.

Sonuç: Araştırmanın farklı sınıflarda okuyan daha geniş öğrenci topluluğunda uygulanarak anket sorularının ölçek haline getirilmesi önerilmiştir.

P 40
ALZHEİMER HASTALARINDA İNSÜLİN DİRENCİ; SERUM ADİPONEKTİN; TNF-ALFA, ICAM-1, VCAM-1 DÜZEYLERİ

Burcu Güler[1], Sumru Savaş[2], Fulden Saraç[2], Fehmi Akçiçek[2]

[1] Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD
[2] Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Geriatri BD

Amaç: Alzheimer hastalığı (AH) en sık görülen demans tipidir. Son yıllarda etiyolojisine yönelik çalışmalar giderek artmaktadır. AH'nın insülin direnci ve inflamasyonla ilişkisini inceleyen kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada AH'nın etiyolojisinde rol oynadığı düşünülen insülin direnci ve inflamasyonun göstergesi olarak adiponektin, Tümör nekroz faktör alfa (TNF alfa), intersellüler adezyon molekülü (ICAM-1) ve vasküler hücre adezyon molekülü (VCAM-1) düzeylerinin incelenmesi ve hastalık ile ilişkisinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya 60 yaş üstü Alzheimer hastalığı tanısı almış Diabetes Mellitus (DM) tanısı, malignitesi ve akut veya kronik inflamatuar hastalığı olmayan 47 hasta; kontrol grubu olarak demans tanısı, DM tanısı, malignitesi ve akut veya kronik inflamatuar hastalığı olmayan 22 hasta alınmıştır. Serum TNF α, adiponektin, ICAM-1 ve VCAM-1 düzeyleri hazır ticari kit kullanılarak ELİSA yöntemiyle belirlenmiştir. Hastaların insülin direnci, geçmişe dönük laboratuar kayıtlarından Homeostasis model assesment (HOMA) yöntemi ile hesaplanmıştır. Hastaların lipid parametreleri geçmişe dönük kayıtlarından alınmıştır.

Bulgular: Gruplar arasında serum TNF α, ICAM-1, VCAM-1, HOMA ve lipid değerleri açısından fark saptanmamış; serum adiponektin düzeyleri AH grubunda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Sonuç: AH'nin inflamasyon ile ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcut olup, serum TNF α, ICAM-1,VCAM-1 düzeylerini araştıran yayınlarda çelişkiler mevcuttur. Literatürde Alzheimer hastalarında serum adiponektin düzeylerini sağlıklı kontroller ile karşılaştırılan çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda AH grubunda adiponektin düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (*p=0.035*) HOMA değerleri açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmasa da AH grubunda daha düşük saptanmış, bu durum hasta grubunun metabolik durumunun daha iyi olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

P 41
KAYIŞDAĞI DARÜLACEZE KURUMUNDA KALMAKTA OLAN SAKİNLERİN STRESLE BAŞA ÇIKMA YOLLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Şeyda Gök[1], Dr. Mustafa Karagöz[1], Dr. Hilal Özkaya[2], Dr. Reyhan Yılmazer[3]

1 İBB Kayışdağı Darülaceze Tıp Merkezi, Psikiyatri Uzmanı
2 İBB Kayışdağı Darülaceze Tıp Merkezi, Aile Hekimi Uzman
3 İBB Kayışdağı Darülaceze Tıp Merkezi, Nöroloji Uzmanı

Amaç: Kayışdağı Darülaceze Kurumunda kalan sakinlerin stresle başa çıkma Yöntemleri ve bunların sağlıklı hayat sürmedeki katkıları incelenmiştir.

Gereç: Hastalara, sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek için hazırladığımız bir form, Folkman ve Lazarus'un stresle başa çıkma ölçeği uygulanmıştır.

Yöntem: Bilişsel işlevleri normal sınırlarda olan (MMT: 24 ve üstü), iletişime engel bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan, işitme ve görme bozukluğu olmayan 71 hasta (14 kadın, 57 erkek) çalışmaya alınmıştır.

Bulgular: Sonuçlar ışığında, stresle başa çıkma yolları incelenmiştir. Hastaların %57,7'si stresle başa çıkma ölçeği alt faktörlerinden en çok dine yönelmeyi, %25,4'ü kabullenmeyi, %18,3'ü planlamayı, %16,9'u olumlu yeniden yorumlamayı kullanıyor. İlaç kullanım oranı kadın hastalarda istatistiksel anlamlı yüksek bulundu. (p=0,049). Cinsiyet gruplarında en çok kullanılan diğer alt faktör sıklıklarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı

Stresle başa çıkma ölçeği ve alt faktörleri ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı

Sonuç: Aktif başa çıkma yollarının kullanılmasının, kişiyi hem ruhsal hem sosyal olarak daha sağlıklı bir hayat sürmesine katkıda bulunduğu ortaya çıkmıştır.

Anahtar kelimeler: Stres, başa çıkma, darülaceze

P 42
YAŞLI BİR HASTADA AMPİYEM VE İLGİNÇ ETYOLOJİSİ

Tolga Taymaz[1], Levent Tabak[2] ,

1 Amerikan Hastanesi Acil Servisi, İstanbul

2 Amerikan Hastanesi Solunum Hastalıkları Bölümü, İstanbul

Giriş: Pnömoni yaşlı popülasyonda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Pnömoni komplikasyonu olarak ampiyem gelişmesi ise morbidite ve mortaliteyi daha da artırır.

Yabancı cisim aspirasyonuna bağlı pnömoni (YCAP) çoğunlukla çocuk yaş grubunda görülmekle beraber, çeşitli kolaylaştırıcı faktörlerin varlığında , özellikle ileri yaş erişkinlerde de görülebilmektedir. Yaşlılarda YCAP, sadece akut değil, gecikmiş semptomlarla da ortaya çıkabilir.

Olgu:70 yaşında erkek hasta 2 gündür olan nefes darlığı, halsizlik ve yüksek ateş şikayetiyle acil servise başvurdu.3 yıl önce akciğer kanseri sebebiyle lobektomi olan hastanın son zamanlarda sık pnömoni geçirdiği öğrenildi. Başvuru sırasında genel durumu orta–iyi, koopere, kan basıncı:140/80 mmHg, nabız:112/dk, ritmik, solunum sayısı:24/dk, ateş: 37.5 derece ve oda havasında oksijen satürasyonu: %84 idi.Solunum sistemi muayenesinde sağda ½ altta solunum sesleri alınamıyordu, bilateral krepitasyon vardı.Diğer sistemlerin muayenesi normaldi. Lökosit:17700, CRP:235 idi, rutin biyokimya değerleri normaldi.Bilgisayarlı toraks tomografisinde sağda ankiste plörezi görüldü.Torasentez sonrası ampiyem tanısı konulan hastaya kalıcı kateter takıldı ve ampiyem drene edildi.Antibiyotik ve bronkodilatatör tedavi başlandı. İlerleyen günlerde ateşi düştü ve lökosit-CRP değerleri geriledi. Plevral drenden gelen ampiyem sıvısının rengi giderek açıldı. Ancak toraks tomografisinde akciğerin tam olarak ekspanse olmadığı görüldü ve endobronşiyal tıkanıklığı ekatre etmek için bronkoskopi yapıldı.Yapılan fleksibl bronkoskopi de sağ alt lob bronşu içinde yabancı cisim görüldü ve çıkarıldı;aspire edilmiş bir diş olduğu görüldü.İzleyen süreçte genel durumu daha da düzelen hasta plevral dreninden de yıkama sonrası temiz sıvı gelmesi üzerine taburcu edildi.Akciğer grafisinde ankiste plörezinin büyük ölçüde gerilediği görüldü.

Tartışma: Yabancı cisim aspirasyonuna bağlı ğnömoni (YCAP) erişkinlerde nadir görülür ancak, nörolojik hastalığı olan, alkol/sedatif ilaç kullanan, epileptik nöbet geçiren, genel anestezi alan veya genel durumu kötü yaşlılarda görülebilmektedir. Bunun yanısıra, diş tedavisi sırasında çekilen dişlerin veya kullanılan aletlerin aspire edildiği vakalarda bildirilmiştir YCA genellikle akut fazda öksürük, wheezing ve ronküs gibi nonspesifik semptom ve bulgularla ortaya çıkar,ancak yaşlı grupta,özellikle eşlik eden ciddi patolojilerin varlığında pnömoni,atelektazi, ampiyem gibi gecikmiş semptomlarla da ortaya çıkabilir.

Tanıdan şüphe duyulduğunda akciğer grafisi çekilmeli,direkt grafide yabancı cisim görülemediğinde, şüphe devam ediyorsa tanı amacıyla bronkoskopi ve bilgisayarlı toraks tomografisi yapılmalıdır. Gelişebilecek veya gelişmişse daha kötüye gidebilecek pnömoni, laringeal ödem, bronşektazi, akciğer absesi, ampiyem, asfiksi ve ölüm gibi komplikasyonları önlemek için yabancı cisim acilen çıkartılmalıdır.

Bizim vakamızda hasta ve yakınlarının farkındalık düzeyleri yüksek olmasına karşın, hiç kimse eksilen dişin farkına varmamıştı. Zeminde geçirilmiş bir lobektomi ve sık tekrarlayan pnömoniler olduğundan nefes darlığı ve infeksiyon belirtilerinin bunlarla ilgili olduğu kolaylıkla düşünülebilirdi. Ancak tomografideki şüpheli görüntü, bronkoskopi ile dişin görülmesi ve çıkarılması, hastanın bu tablosunun daha kötüye gitmesini engelleyerek düzelmesini sağladı

P 43
BİLATERAL SÜRRENALEKTOMİ SONRASI KORTİZOL REPLASMANI YAPILMAMASI HAYATLA BAĞDAŞIR MI?

Uz.Dr. Timur Selçuk Akpınar, Dr. Murat Sarı, Uz.Dr. Gülistan Bahat Öztürk, Uz.Dr. Sibel Akın, Uz.Dr. Aslı Tufan, Dr. Emre Yılmaz, Dr. Erkan Özcan, Dr. Mediha Çavuşoğlu, Doç. Dr. Bülent Saka, Prof. Dr. Nilgün Erten, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu, Prof.Dr. Mehmet Akif Karan

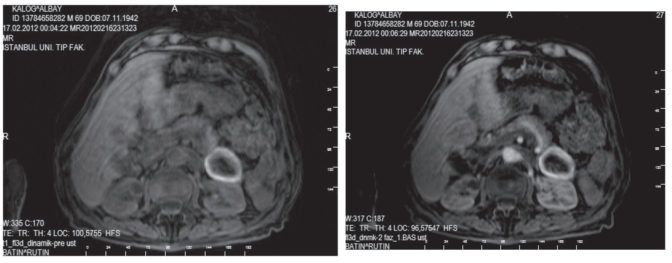
İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Geriatri BD

GİRİŞ: Hipokortisizm hayatı tehdit edebilen endokrinolojik bir yetersizlik tablosudur. Uygun steroid replasmanı yapılması yaşamsal öneme sahiptir. Burada, bilateral sürrenalektomi sonrası 22 yıl steroid replasmanı almadan major problem yaşamamış olan bir olgu sunulacak, sebepleri tartışılacaktır.

OLGU: 70 yaşında erkek hasta halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı ve minör infeksiyonlar sırasında genel durumunda belirgin bozulma yakınmaları ile başvurdu. Ancak bu dönemde hiç hastane yatışı gereği olmamıştı. Yaklaşık 22 yılda 35 kilo kaybettiği öğrenildi. Sistem sorgusunda impotansı olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde 22 yıl önce Cushing

Sendromu nedeniyle bilateral sürrenalektomi yapıldığı, operasyon sonrası 1 kutu kullandıktan sonra steroid replasmanı almadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durum orta ve zayıf idi. Deri ve mukozalarında hiperpigmentasyonu vardı. TA: 80/50 mmHg idi. Aksiller ve göğüs kıllarında azalma vardı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Sabah saat 8:00-8:30 kortizol düzeyi 1.6 mcg/dL saptandı. Na: 136 mEq/L, K: 3.9 mEq/L idi. Diğer biyoşimik parametrelerie normaldi. Serum ACTH: 41pg/ml, FSH:4.2IU/L, LH 4.8 IU/L saptandı. Sürrenal MR da sol sürrenal bez lokalizasyonunda doku kalıntısı ile uyumlu olabilecek görüntü saptandı. (figür1-2) Hipofiz MR da özelik görülmedi. Hastaya 5 mg prednizolon sabah olmak üzere başlandı. Tedavi altında TA: 110/70 mmHg saptandı, genel durum ve halsizliğinde iyileşme olduğunu ifade etti. Hasta hipokortisizm konusunda ayrıntılı bilgilendirilerek hastaneden çıkarıldı.

TARTIŞMA: Hastamızda 22 yıl uygun replasman yapılmamasına rağmen major sağlık problemi olmamıştı. Bu durumun sürrenal görüntülemede saptanan sürrenal doku kalıntısı ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.(figür1-2) Hipokortisizm olgularının uygun bilgilendirilmesi ve ellerinde kendileriyle devamlı taşıyacakları hipokortisizm tıbbi kayıdının olması gerektiği bu olgu ile vurgulanmaktadır.



P 44
YAŞLI BİR HASTADA BRADİARİTMİ

Tolga Taymaz

Amerikan Hastanesi Acil Servisi, İstanbul

Giriş: Ritm bozuklukları her yaş grubunda önemlidir. Ancak yaşlı hastalarda vücut rezervi çok daha kısıtlı olduğundan semptomlar daha erken veya daha ciddi olarak kendini gösterebilir. Yaşlı hastaların komorbiditeleri ve çoklu ilaç kullanımları sık olduğundan mutlaka tüm ilaçları sorgulanmalıdır.

Olgu: 72 yaşında erkek hasta, acil servisimize, birkaç saat önce "ritm bozukluğu hissettiği" ifadesiyle başvurdu. Genel durumu iyi, koopere idi. Fizik muayenede bir özellik yoktu, kan basıncı : 154/70 mmHg, nabız dakika sayısı: 68/dakika ancak ara sıra ritm yavaşlıyordu.Çekilen elektrokardiyografide sinüsal aritmi ve 1.derece A-V blok saptandı. Bunun dışında bir özellik yoktu. Hemogram ,elektrolit ve glukoz değerleri normal sınırlarda idi. (Sodyum: 142mmol/L, Potasyum: 3,9 mmol/L, Klorür:112 mmol/L, Glukoz: 130 mg/dl). Öyküsünde, bugün ritminin düştüğünü, zaman zaman arka arkaya vurular hissettiğini belirtiyordu. Bu şikayetler ile kendi ülkesinde de çeşitli kardiyak tetkikler yaptırdığı ancak bir patoloji saptanmadığını söyledi. Hastanın kullandığı ilaçlar sorgulandığında glokom için oftalmik beta bloker kullanımı olduğu anlaşıldı. Şikayetlerinin buna bağlı olabileceği düşünüldü. Bu konu ile ilgili herhangi bir bilginin kendisine verilmediğini, yaşadığı ülkede semptomatik bradikardisi için yapılan incelemelerde ilaçların sorgulandığını ancak oftalmik beta bloker için herhangi bir uyarıda bulunulmadığını söyleyen hastaya, glokom için yeni tedavi düzenlenmesi ve beta blokeri kesmesi önerildi. 3 saatlik gözlem süresinde herhangi bir ek yakınması olmayan hasta taburcu edildi.

Tartışma: Bradikardi ve ritm bozuklukları ilerleyen yaşla birlikte artan sıklıkta görülür. Yine yaşla paralel olarak artan ilaç kullanımı bu morbiditelerin hem ortaya çıkmasını daha kolaylaştırabilir hem de seyrini daha ağırlaştırabilir. Yaşlı hasta söz konusu olduğunda, çok küçük dozlar veya topikal kullanımlar bile ciddi önem arz edebilir. Timolol bir nonselektif beta adrenerjik blokerdir ve oftalmik olarak glokomda sık kullanılır. Konjonktivadan absorbe olarak bronkospazm, bradikardi veya kalp yetmezliği tablosuna yol açabilir. Bunun yanında depresyonu ağırlaştırabildiğine veya bronkospazmı ağırlaştırarak kardiyak arreste yol açtığına dair yayınlar da vardır. Oftalmik beta bloker kullanım kontrendikasyonu solunum yolu hastalıkları varlığında A1 ve kardiyovasküler hastalıkların varlığında B1 kanıt düzeyine sahiptir. Genellikle ilacın kesilmesinden sonra semptomlar geriler. özellikle yaşlı bir hastada bradikardi/bradiaritmi varlığında kullanılan ilaçların sorgulanmasında vakamızda olduğu gibi topikal ajanlara da dikkat edilmesi ,tablonun daha ilerlemesini veya istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını engelleyebilir.

P 45
YAŞLILARIN GÜN İÇERİSİNDEKİ UYKULULUK DURUMLARININ UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Münevver Özcan[1], Güler Duru Aşiret[2], Sevgisun Kapucu[3]

1 Uzman Hemşire, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Geriatri Ünitesi Ankara

2 Araştırma Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

3 Yardımcı Doçent, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara.

Giriş: Araştırma bir üniversite hastanesinin geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş üzeri bireylerin gün içerisindeki uykululuk durumlarının uyku kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, yaşlılara ilişkin demografik veri toplama formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) kullanılarak 20 Mayıs-25 Haziran 2011 tarihleri arasında yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin yaş ortalaması 72.59±5,95, %69,3'ü kadın, %72'si evli, % 46,7'si ilköğretim mezunu, %97,3'ü il merkezinde yaşamakta ve %98,7'sinin sosyal güvencesi olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin %57,3'ünün ekonomik durumunun iyi olduğu ve % 50,7'sinin sosyal desteğinin akraba olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin sahip olduğu hastalıklar hipertansiyon (%81.3), osteoporoz (%66.7), hiperlipidemi (%54.7), diabetes mellitusun (%30.7) ve koroner arter hastalığı (%20)dır. Araştırma kapsamındaki yaşlı bireylerin hastalık sayısı 4,01±1,76 ve kullandıkları ilaç sayısı 5,26±2,85 olarak bulunmuştur. Öznel uyku kalitesi ortalaması 1,17±0,8; uyku latensi ortalaması 1,5±1,07; uyku süresi ortalaması 1,29±1,03; alışılmış uyku etkinliği ortalaması 0,73±1,03; uyku bozukluğu ortalaması 1,53±0,57; gündüz işlev bozukluğu ortalaması 0,4±0,67; global PUKI toplamı puanı ortalamasının ise 6,79±3,45 olduğu belirlenmiştir. PUKİ'nin alt boyutlarının tanımlanmasında hastaların en kötü alt boyutları sırasıyla uyku latensi, uyku bozukluğu; en iyi alt boyutları ise uyku ilacı kullanımı, alışılmış uyku etkinliği, gündüz işlev bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki yaşlıların %68'inin uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin EUÖ puanları 7,2±4,95 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda yaşlıların uyku süresinin 6,5±1,6 saat; yatakta geçen sürenin ise 8±2.02 saat ve yaşlıların %28'inin gündüz uykululuk yaşadığı belirlenmiştir. Yaşlıların %66'sının yarım saat içinde uykuya dalamadığı, %30,7'sinin rahat nefes alıp verememe ve %42'sinin de ağrı nedeniyle sık sık uykusunun bölündüğü belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda yaşlıların uyku kalitesi puan ortalamasına (PUKİ) göre uyku kalitelerinin kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1.Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri (n: 75)

Bileşenler	Min	Max	$\bar{x}$	SS
Bileşen 1 (Öznel Uyku Kalitesi)	0	3	1,17	0,8
Bileşen 2 (Uyku Latensi)	0	3	1,5	1,07
Bileşen 3 (Uyku Süresi)	0	3	1.29	1.03
Bileşen 4 (Alışılmış Uyku Etkinliği)	0	3	0.73	1.03
Bileşen 5 (Uyku Bozukluğu)	1	3	1.53	0.57
Bileşen 6 (Uyku İlacı Kullanımı)	0	3	0.15	0.63
Bileşen 7 (Gündüz İşlev Bozukluğu)	0	2	0.4	0.67
Global PUKİ toplam	1	17	6.79	3.45

P 46
NADİR ENSEFELOPATİ OLGU SUNUMU

Uz.Dr.Timur Selçuk Akpınar, Dr. Emre Yılmaz, Uz.Dr. Gülistan Bahat Öztürk, Uz.Dr. Sibel Akın Uz.Dr. Aslı Tufan, Dr. Erkan Özcan, Dr. Mediha Çavuşoğlu, Doç.Dr.Bülent Saka, Prof Dr. Nilgün Erten, Prof.Dr. Mehmet Akif Karan

İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Geriatri BD

GİRİŞ: Kronik karaciğer yetersizliğinin son döneminde hepatik ensefalopati, kanda artmış amonyak ve diğer azotlu maddelerin varlığı sonucu oluşur. Herediter hemorajik telenjiektazi(HHT) nadir görülen otozomal dominant geçiş gösteren sistemik fibromuskuler bir displazidir. Tekrarlayan burun kanamaları, mukokutanöz telenjiektaziler ve visseral arteriyovenöz malformasyonlarla karakterize bir hastalıktır. Pulmoner arteriyovenöz şantlar sık görülmekle beraber, portosistemik (porto-

hepatik) şantlar nadir görülmektedir. Bu durum hepatik ensefalopati potansiyeli dolayısıyla önem arzetmektedir.

Olgu: 68 yaşında kadın hasta 20 yıldır HHT ve 3 yıl önce tanı konulan ve küratif tedavi sağlanan Primer Beyin lenfoması tanıları ile takipli hastanın 1 haftadır melenası ve hematemezi olması, şuurunda dalgalı bir seyir, çevresindekileri tanımama yer ve zaman oryantasyonunda bozulma hareketlerinde yavaşlama solukluk, yaygın cilt telenjiektazileri saptandı. Nörolojik muayenesinde yeni gelişen nörolojik bir defisit saptanmadı. Karaciğer sentez fonksiyonları (Albümin, PT) ve karaciğer enzimleri (AST, ALT) normal saptandı. Batın bilgisayarlı tomoğrafisinde karaciğerde sirotik bir görünüm ve splenomegali saptanmadı. Transferrin saturasyonu < %10 ve ferritin: 5,63 saptandı. Melana tanımlayan hastanın yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde mide telenjektazileri zemininde kanama tespit edildi ve argon plazma koagülasyon işlemi uygulandı.Varis saptanmadı. Primer MSS lenfomasının nüks olasılığı açısından değerlendirildi. Kranyal MR'da yaş ile uyumlu iskemik gliotik odaklar ve sağ pariyetal lobda biyopsiye sekonder değişiklikler saptandı. Serebrovasküler malformasyon saptanmadı. Primer MSS lenfoma nüksü dışlandı. Serum örneginde bakılan amonyak düzeyi 65,9 saptandı. Çekilen batın BT- anjiyografide karaciğer hilus seviyesinde kavernöz transformasyon ile uyumlu vasküler kollateraller ve portosistemik şant izlendi. (figür1-2)Mevcut klinik tabloda grade 1 hepatik ensefalopati tanısıyla hastaya proteinden fakir diyet, dallı zincirli aminoasit, laktuloz ve laktulozlu yüksek lavman tedavisi başlandı.

Tartışma: Herediter hemorajik telenjiektazi mukakutanöz telenjiektaziler , gastrointestinel , pulmoner beyin ve hepatik dolaşımda vasküler malformasyonlarla seyreden sistemik fibromuskuler bir displazidir.Pulmoner arteryovenöz malformasyonlar % 15-30 oranında gözlenmektedir. Bu anomalinin önemi sistemik emboliler, geçici iskemik atak, serebral emboli, beyin absesine kadar geniş bir spektrumda incelenebilir. Hastamızın kontrastlı akciğer tomografisinde vasküler malformasyona rastlanmamıştır.Portosistemik malformasyonlar daha nadir görülmektedir. Önemi hepatik ensefalopatiye bağlı oryantasyon ve kooperasyon bozukluğu ile genelde ileri yaşta portohepatik akımın giderek artmasıyla ve özellikle gastrointestinal kanamalar ile kliniğin belirğinleşmesi ile kendini göstermektedir. Santral sinir sistemi manifestasyonları %10-12 oranında görülmekle birlikte büyük oranda pulmoner arteryovenöz malformasyonlara bağlı emboliler ile ilişkilidir. Portohepatik şant neticesinde gelişen ensefelopati tablosu nadir görülen hastalığın çok nadir bir komplikasyonudur.

P 47
KORONER ANJIOGRAFİ YAPILAN HASTALARDA KONTRAST MADDE NEFROPATİSİNİ SAPTAMADA NGAL'İN YERİ

Canan Çolak Güloğlu[1], Uz.Dr.Mehmet Tanrısev[2], Öner Özdoğan[3], Alper Alp[1] Yusuf Kurtulmuş[4], Hülya Çolak[2], Sevnaz Şahin[5]

1 Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, İzmir
2 Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Nefroloji Bölümü, İzmir
3 Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, İzmir
4 Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Bölümü, İzmir
5 Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri BD, İzmir

GİRİŞ ve AMAÇ: Kontrast madde nefropatisi (KMN) intravasküler kontrast madde kullanımını takiben gelişen diğer tüm sebeplerin dışlandığı akut böbrek yetmezliğidir.

KMN; hastanede kalış süresini uzatması, uygulama sonrası akut veya kronik böbrek yetmezliği gelişebilmesi ve renal replasman tedavisine ihtiyaç duyulabilmesi gibi sonuçlara yol açtığı için önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir.

KMN maliyet, morbidite ve mortaliteyi arttırdığı için ABY'ni mümkün olan en erken dönemde tespit etme arayışına gidilmiştir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda hem plazma hem üriner biyomarker olan Neutrophil Gelatinase- Associated Lipocalin (NGAL) öne çıkmıştır.

NGAL 25 kDa protein yapısında olup vücutta çok düşük konsantrasyonda salınmaktadır ancak epitel hasarı olduğunda düzeyi ölçülebilir seviyeye gelmektedir. Yapılan bir çalışmada NGAL düzeyinin kardiyak kateterizasyondan 2 saat sonra plazmada, 4 saat sonra idrarda ölçülebildiği saptanmıştır .

Bu çalışmada günümüzdeki klinik uygulama sıklığı giderek artan kardiyak kateterizasyon yapılan olgularda önemli bir akut böbrek yetersizliği sebebi olan kontrast madde nefropatisi gelişiminin erken tanısında idrardaki NGAL in yerinin saptanması amaçlanmıştır.

MATERYAL- METOD: Çalışmaya 1 Ocak 2011 – 1 Mart 2011 tarihleri arasında Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği tarafından koroner anjıografi uygulanan 100 vaka alınmıştır. Tüm olguların yaş, cinsiyet,kilo, komorbid hastalıkları, kullandığı ilaçlar, koroner anjıografi öncesi hematokrit düzeyi, üre, kreatinin,ürik asit, sodyum,potasyum,glukoz ,spot idrar mikroalbümin düzeyi ile koroner anjıografiden 48 saat sonraki kreatinin değerleri kaydedilmiştir. Hastaların üriner NGAL düzeyi bakılmak üzere koroner anjıografiden

en az 4 saat sonra idrar örnekleri alındı. Veri toplama tamamlanana kadar -80 derecede vortex içinde bekletilmiştir. Tam kan sayımı coulter sayacı ile diğer biyokimyasal parametre düzeyleri Olympus Au 640 ® otoanalizöründe, üriner NGAL düzeyi Architect ® analizörü ile yapılmıştır. Kontrast madde nefropatisi varlığı için anjıografiden 48 saat sonra bakılan kreatinin düzeyinin işlem öncesine göre %25 ve daha fazla artmış olması şartı aranmıştır.

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programında student t testi, Mann Whitney U, Ki-Kare testi ve Fisher Exact Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırma için ilgili kurumdan etik kurul onayı alınmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya 100 hasta alındı. Hastaların 60 (%60) ı erkek , 40 ı (%40) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 61.6±10 du. Çalışmaya alınan hastaların %71 inde kronik hastalık vardı. Hastaların %69' u ilaç kullanıyordu. Hastaların ilaç kullanımı metformin, ACE/ARB,statin ve diğer olmak üzere gruplandırılmıştır.

Hastaların ortalama kreatinin değeri 0,97±0,2 mg/dl, Ortalama GFR değeri 92,4±28,3 ml/dk bulunmuştur. Anjiografi sonrası 48. Saatte 7 hastada kreatin değerinin % 25 arttığı saptandı ve KMN kabul edilmiştir.

KMN gelişen hastaların 6 i kadın 1 i erkek di. Yaş ortalaması 66,2 ± 6,3'tü, 7 hastada da kronik hastalık mevcuttu. KMN gelişen grup ile gelişmeyen grup karşılaştırıldığında, cinsiyet, kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo1: Temel demografik verilerin KMN ile ilişkisi

	KMN yok N:93	KMN var N:7	P
Cinsiyet	Kadın: 34 Erkek: 49	Kadın : 6 Erkek:1	***p<0,05***
Yaş	60,7±11	66,2±6,3	*p>0,05*
Kronik hastalık sayısı	2,4±2,2	4,4±2,8	***p<0,05***
İlaç kullanım sayısı	2,5±2,3	5±2,4	***p<0,05***
Hematokrit (mg/dl)	40, 3±4,3	38±3,6	*p>0,05*
İşlem öncesi kreatinin (mg/dl)	0,98±0,2	0,85±0,2	*p>0,05*
İşlem sonrası kreatinin (mg/dl)	0,9±0,2	1,3±0,5	***p<0,05***
Ürik asit (mg/dl)	5,4±1,6	5,0±2,3	*p>0,05*
GFR (ml/dk)	92,3±27	94±39	*p>0,05*
Glukoz (mg/dl)	109±36	110±30	*p>0,05*
Spotidrar mikroalbüminüri (mg/dl)	2,2±4,6	2,1±2,7	*p>0,05*
Kontrast miktarı (ml)	97.7±89	102±109	*p>0,05*

SONUÇ: Çalışmamızda KMN oranı %7 bulunmuştur, hastaların tümünde üriner NGAL düzeyi ölçüm sınırının üstünde saptanmıştır. KMN gelişen hastalarda kadın cinsiyette istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde KMN gelişen hastalarda , kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısı istatiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Kontrast madde nefropatisi gelişen vakalarımızın 6 sı ACE/ARB grubu ilaç kullanmaktaydı.

KMN tanısı klasik yöntemle 48 saat sonraki kreatinin düzeyine göre konulurken kanda işlem sonrası idrarda ise 4 saat sonra yükselen NGAL erken ve etkin tanı yöntemi olarak göze çarpmaktadır.

NGAL'in akut böbrek hasarının belirteci olarak kullanılabilmesi için daha geniş hasta sayısını içeren çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

P 48
YAŞLILARDA DEMOGRAFİK FAKTÖRLER, HASTALIKLAR VE DEĞİŞİK İLAÇLARIN KULLANIMININ NÜTRİSYONEL DURUM İLE İLİŞKİSİ

Gülistan Bahat, Yücel Aydın, Fatih Tufan, Sibel Akın, Bülent Saka, Nilgün Erten, Mehmet Akif Karan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Geriatri BD

Amaç: Yaşlılar, yaşla ilişkili fizyolojik ve sosyal değişiklikler, kronik hastalıkların sıklığı, ilaç kullanımı ve fiziksel aktivite azlığı gibi sebeplerden ötürü malnütrisyona eğilimlidirler. Çalışmamızda toplum içinde yaşayan bir grup yaşlıda nütrisyonel durum ile ilişkili olabilecek demografik özellikler, hastalıklar ve ilaçları tespit etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Geriatri Bilim Dalı polikliniğine kayıtlı hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Dosyalarından cinsiyetleri, başvuru yaşları, medeni durumları, nütrisyonel durumları, hastalıkları, toplam hastalık sayıları, kullandıkları ilaçları, toplam kullanılan ilaç sayıları, mini mental test (MMSE) ve geriatrik depresyon ölçeği (GDÖ) puanları, sigara-alkol kullanım özellikleri kaydedildi. İstatistiksel analizler için SPSS for Windows 15.0 programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya mininütrisyonel değerlendirme testi uzun versiyonu tamamlanmış 608 yaşlı alındı. Hastaların 432'sinde (% 71,1)'i normal nütrisyon (NN), 148'inde (% 24.3) malnütrisyon riski (MNR), 28'inde (% 4.6) malnütrisyon (MN) mevcuttu. Cinsiyet ile nütrisyonel durum arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Ortalama başvuru yaşı MN grubunda 76,3±8 yıl, MNR grubunda 75,1±6,8 yıl, NN grubunda 73,0±6,8 yıl (MN vs MNR, p>0.05; MN vs NN, p<0.001; MNR vs NN, p< 0.001) idi. Ortalama kronik hastalık sayısı MN grubunda 3,2±1,3, MNR grubunda 3,1±1,5 ve NN grubunda 2,6±1,3 idi (MNR vs MN ve MN vs NN, p>0.05; MNR vs NN, p p= 0.001). Ortalama kullanılan ilaç sayısı, MN grubunda 5,5±3,4, MNR grubunda 5±3,4, NN grubunda 4,5±2,9 idi (p>0.05). Ortalama GDÖ puanı MN grubunda 12,5±6,1, MNR grubunda 13,8±7,7, NN grubunda 11,5±7,7 idi. Ortalama GDÖ puanı, sadece NN ile MNR grupları arasında farklı idi (p=0.008). Ortalama MMSE puanı, MN grubunda 21,5±7,4, MNR grubunda 21,9±7,2, NN grubunda 25,3±4,8 (NN vs MNR, p= 0.000; NN vs MN, p=0.003; MNR vs MN, p>0.05) idi. Sigara ve alkol kullanımı ile nütrisyonel durum arasında ilişki saptanmadı. Nütrisyonel durum üzerine etkili faktörler univariat analiz ile değerlendirildiğinde yaş, toplam hastalık sayısı, toplam ilaç sayısı, MMSE puanı, GDÖ puanı, bireysel hastalıklar arasından demans, Parkinson hastalığı, hiperlipidemi, ilaçlardan rivastigmin, alfabloker, antipsikotik, TCA, SSRI, metformin, mirtazapin, klopidogrel kullanımı olarak bulundu. Multivariat analizde ise yaş, toplam hastalık sayısı, MMSE puanı ve GDÖ puanı nütrisyonel durum ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda kötü nütrsiyonel durum yaş, toplam hastalık sayısı, toplam ilaç sayısı, MMSE puanı, GDÖ puanı, demans, Parkinson hastalığı, hiperlipidemi, ilaçlardan rivastigmin, alfabloker, antipsikotik, TCA, SSRI, metformin, mirtazapin, klopidogrel kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Söz konusu faktörlerden ileri yaş, fazla toplam hastalık sayısı, düşük MMSE puanı ve yüksek GDÖ puanı kötü nütrisyonel durum ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları göre ileri yaş, çoğul hastalık, kognitif bozulma ve depresyon varlığında nütrisyonel durumun daha dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

P 49
65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARIN ÜST VE ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİ BULGULARI

Nergiz Kara[1], Neslihan Uslu[1], Berrin Telatar[2], Murat Akyıldız[1], Aslı Çurgunlu[3], Levent Erdem[1]

1 İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı
2 İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
3 İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Bu çalışmada 65 yaş üstü hastaların üst ve alt gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisi bulgularını saptayıp yaşlı bireylerde endoskopi ile tanı konan sık rastlanan gastrointestinal sistem patolojilerini belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem: İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Avrupa Florence Nightingale Hastanesi Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Gatroenteroliji Bilim Dalı'nda 65 yaş üstü kişilere yapılan üst GİS endoskopi ve kolonoskopi verileri son 4 yılı içerecek şekilde (Ocak 2008- Aralık 2011) retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların hastane kayıtlarından yaşları, cinsiyetleri, başvuru şikeyetleri, endoskopi endikasyonlari, anemi varlığı ve endoskopi bulguları kaydedildi.

Bulgular: 181 hastaya yalnızca üst GİS endoskopisi, 148

hastaya yalnızca kolonoskopi, 220 hastaya üst GİS endoskopi ve kolonoskopi beraber olmak üzere toplam 549 hastaya (yaş ortalaması: 74.22±8.37, mak:98, min: 65, kadın: 262, erkek: 287) endoskopik girişim uygulanmıştı. Yalnızca üst GİS endoskopisi yapılan 181 hastada şikayet ve bulgular ve endoskopi endikasyonu: 142 hastada (%78.5) dispeptik şikayetler, 43 hastada (%23.8) anemi nedeniyle tetkik, 22 hastada (%12.2) üst gastrointetinal sistem kanaması, 13 hastada (%7.2) kilo kaybı, 11 metastazlı hastanın (%6) primer tümör araştırması 10 hastada (% 5.5) dispeptik şikayetlere ek olarak bulantı kusma, 9 (% 4.9) hastada özofagus varis taraması, 3 hastada (% 1.7) yutma güçlüğü, 2 hastada (%1.1) ise göğüs ağrısı tetkikti. Üst GİS endoskopi sonuçları ise: 167 hastada (% 92.3) kardiyoözofajeyal sfinkter gevşekliği, 116 %64) hastada gastrit, 31 (% 16.2) hastada özofajit, 27 hastada(%14.9) duodenit, 15 hastada (%8.3) özofagus varisi, 13 hastada (% 7.2) mide kanseri, 12 hastada (%6.6) mide ülseri, 6 hastada (%3.3) duodenum ülseri, 6 hastada (%3.3) hemorajik gastropati, 3 hastada (% 1,7) özofagus kanseri saptandı.

Yalnızca kolonoskopi yapılan 148 hastanın kolonoskopi endikasyonu: 31 hastada (% 20.9) rektal kanama, 26 kolon ca öyküsü olan hastada (% 17.6) kontrol amaçlı, 19 hastada (% 12.8) karın ağrısı, 18 hastada(% 12.2) dışkılama alışkanlığında değişiklik, 15 hastada (% 10.1) polip nedeniyle izlem, 13 hastada (% 8.8) anemi araştırması, 9 hastada (% 6.1) metastazın primer tümör araştırması, 7 hastada(% 4.7) subileustu. Kolonoskopi sonuçları ise: 107 hastada (%72.3) hemoroid, 49 hastada (% 33.1) divertikül, 47 hastada (% 31.8) polip, 14 hastada (% 9.5) tümör, 2 hastada (% 1.4) inflamatuar barsak hastalığı, 2 hastada (% 1.4) spastik kolon, 2 hastada (% 1.4) telenjiektazi idi, 12 (% 8.1) hastanın kolonoskopisi normaldi.

Hem üst GİS endoskopi hem de kolonoskopi uygulanan 220 hastanın şikayet ve bulguları: 102 hastada (%46.4) dispeptik şikayetler, karın ağrısı, 66 (% 30) hastada anemi, 37 hastada (%16.8) GİS kanaması, 33 hastada (% 15) dışkılama alışkanlığında değişiklik, 32 (%14.5) hastada kilo kaybı, 17 hastada (% 7.7) bilinen kolon ca, 7 hastada (% 3.2) karaciğer sirozu mevcuttu. 18 hastaya (% 8.2) işlemler tarama amaçlı, 7 hastaya (% 3.2) malignite tetkik amaçlı, 5 hastaya (% 2.3) karaciğer transplantasyonu hazırlığı nedeniyle yapılmıştı. Üst GİS endoskopide 162 hastada (% 73.6) gastrit, 118 hastada (% 53.6) kardiyoözofajeyal sfinkter gevşekliği, 44 hastada (%20) özofajit, 29 hastada (% 13.2) duodenit, 12 hastada (% 5.5) polip, 11 hastada (%5) mide ülseri, 10 hastada (% 4.5) özofagus varisi, 8 hastada (% 3.6) mide tümürü, 4 hastada (% 1.8) duodenum ülseri, 3 hastada (% 1.4) Barret özofagus, 2 hastada (% 0.9) özofagus tümörü saptandı. Kolonoskopide 139 hastada (% 63.2) hemoroid, 82 hastada (% 59) polip, 69 hastada (% 31.4) divertikül, 11 hastada (% 5) tümör, 6 hastada (% 2.7) spastik kolon, 3 hastada (%1.4) portal hipertansif kolesistopati şeklindeydi. 17 hastanın (% 7.7) kolonoskopisi normaldi.

Sonuç: Bu verilere göre yaşlı hastalarda üst GİS endoskopisi yapma nedeni sırasıyla dispeptik yakınmalar, anemi ve kanama; en sık rastlanan patolojik bulgular ise kardiyoözofajeyal sfinkter gevşekliği, gastrit, özofajit ve duodenittir. Mide kanseri de sık rastlanan patolojilerdendir. Yaşlılarda kolonoskopi yapma nedeni sırasıyla rektal kanama, kolon kanser tanılı hastaların takibi ve karın ağrısıdır. Hem üst GİS endoskopisi hem de kolonoskopi dispeptik yakınmalar, anemi, kilo kaybı ve GİS kanaması mevcudiyetinde yapılmıştır. Hemoroid, polip ve divertikül en sık rastlanan patolojilerdir. Kolon tümörü de önemli bulgulardan biridir.

P 50
YAŞLIDA AĞRIYA ANTROPOLOJİK YAKLAŞIM

Bahar Taymaz[1], Tolga Taymaz[2]

1 Yeditepe Üniversitesi Antropoloji Bölümü,Doktora Öğrencisi,İstanbul
2 Amerikan Hastanesi Acil Servisi,İstanbul

Giriş: Ağrı, insanın yeryüzünde varoluşundan bu yana deneyimlediği bir olgudur. Ağrı evrenseldir, tüm insanlar tarafından hissedilme potansiyeli vardır. Özneldir, çünkü aynı kategoriye konulan bir ağrı her birey tarafından farklı deneyimlenir. Kültüreldir, bu noktada hem kişisel hem tıbbi bağlam devreye girer. Biyomedikal tasarımda ağrı, zarar görmüş dokuların sinir sistemiyle olan iletişimi sonucu ortaya çıkarak, teşhis ve tedavi bağlamında değerlendirilir. Kültürel tasarımdaysa ağrı, kültürel olarak inşa edilir ve bireysel farklılıklar da ağrının inşasında ve anlamlandırılmasında önemlidir.

Yaş ve cinsiyet özellikleri,ağrı türlerinin dağılımında önemli faktörlerdir.Kadınlarda belli bir yaş sonrasında görülen ağrıların türleri ve sınırları tıbbi olarak daha net belirlenebilir.Kültürel olarak yaşlıda ağrıya yaklaşım ise daha farklı araştırma yöntemleriyle belirlenebilir.

Yöntem: Bu veriler doğrultusunda,20 Mart 2010-14 Temmuz 2011 tarihlerinde İstanbul'un Kadıköy ilçesinde gerçekleştirilen araştırma,ağrı olgusunun kültürel boyutta nasıl algılandığı,tasarlandığı ve anlamlandırıldığını aktarmak amacındadır.Niteliksel araştırmada, yarı yapılandırılmış

formatta hazırlanan iki odak grup görüşme kaydı deşifre edilerek, veriler analiz edilmiş ve ağrının farklı boyutları ele alınarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: ANLAM: Odak grup görüşmelerinde elde edilen sonuçlara göre, 65-85 yaş arasındaki birinci gruptaki görüşmeciler, yaşadıkları ağrılar için en az bir doktora danışmışlar,teşhis sonrası ağrılarının hangi tıbbi sınıflandırmaya girdiğini benimsemişlerdir.Görüşmeciler ağrılarını anlamlandırırken *ileri yaş* olgusunu kullanmışlar,belli bir yaştan sonra bu ağrıların mutlaka yaşanacağını belirtmişlerdir.

25-45 yaş arasındaki ikinci grupta yer alan görüşmecilerse en çok dismenoreden şikayet etmişler ve bu ağrıyı anlamlandırmada güçlük çekmişlerdir. Hatta beden bütünlüğünü bozan ağrının kaynağı olan üreme sistemini içselleştiremedikleri için,ağrının kaynağını kökünden yok etmek istediklerini belirtmişlerdir.Henüz çocuk sahibi olmamış görüşmeciler için üreme sisteminin anlamı,yıllardır çocuk sahibi olmaya çalışan bir kadından çok daha farklıdır.

BEDENİN MEDİKALİZASYONU: İnsan bedeni, tıp teknolojisindeki gelişmeler sonucunda yüzyıllar içinde medikalize olmuştur. Bedeni uyuşturma ve ağrıları dindirmeyle ilgili talep ve ihtiyaçlar,ağrı kesicilerin gelişimine katkıda bulunmuştur. Bu nedenle yıllar içinde bedenin bütünlüğüne bir tehdit olarak algılanan ağrıdan kurtulmak için ağrı kesicilere daha çok başvurulmakta,öznel bir kavram da olsa ağrı eşiği giderek düşmektedir.65-85 yaş aralığındaki görüşmeciler yaşadıkları ağrıları azaltmak için gerekirse ilaç aldıklarını, ancak günlük yaşam temposunda ağrılarla yaşamayı öğrendiklerini söylemişlerdir.25-45 yaş arasındaki görüşmecilerse dismenorenin günlük yaşam tempolarını çok etkilediğini,fazla miktarda ağrı kesici almalarının gerektiğini belirtmişlerdir.

Sonuç: Ağrı, çok boyutlu bir olgudur. Kültür ve kültürün yarattığı anlam sistemi içinde yaşayan insanlar yaşadıkları *ağrıları, kü*ltürel kurguları içselleştirip *öznel deneyimlerini* de işin içine katarak anlamlandırırlar. Yaşlı bireyin ağrıyla olan ilişkisinde, yaşam kalitesini yükseltebilmek için tüm bu özelliklerin dikkate alınması gerekir.

P 51
TEKRARLAYAN DÜŞME ÖYKÜSÜ OLAN YAŞLILARDA RİSK FAKTÖRLERİ: VAKA KONTROL ÇALIŞMASI

Bedi Yoğurtçuoğlu[1], Berrin Telatar[2], Mustafa Cankurtaran[3], Aslı Çurgunlu[1], Vecdet Tezcan[4]

1 İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
2İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
3 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi
4 Çağlayan Florence Nightingale Hastanesi

Amaç: Yaşlı kişilerin yaklaşık %30'u her yıl düşmektedir ve bunların yarısında düşme tekrarlayıcıdır. Bu çalışmada tekraralayan düşme öyküsü olan yaşlılarda risk faktörlerini belirlemeyi ve tekrarlayan düşmeyi öngörebilecek risk modeli oluşturmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu prospektif, vaka-kontrol gözlem çalışmasına geriatri polikliniğinde takip edilen 65 yaş ve üstü hastalar alındı. Son 1 yılda 2 veyadaha fazla düşme öyküsü olan 73 hasta çalışma grubunu, düşme öyküsü olmayan 73 hasta sağlıklı kontrol grubunu oluşturdu. Çalışma grubu ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, nerede ve kiminle yaşadığı), postüral anormallikler kayıt edildi ve fizik muayeneleri yapıldı. Her 2 gruba kapsamlı geriatrik değerlendirme (günlük yaşam aktiviteleri, enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri, geriatrik depresyon skalası-kısa form, standardize Mini-Mental Durum test, işitme, görme problemleri, inkontinans varlığı, polifarmasi, Mini-nütrisyonel değerlendirme), yürüme ve denge testleri yapıldı. Lojistik regresyon analiziyle risk faktörleri değerlendirildi.

Bulgular: Tekrarayan düşme öyküsü olan hasta grubunun (49 kadın, 24 erkek) yaş ortalaması 79.25 ± 8.19; kontrol grubunun (41 kadın, 32 erkek) yaş ortalaması 81.36 ± 7.83 idi. Lojistik regresyon analizi sonucunda tekrarlayan düşme için risk faktörleri: Anormal postür (OR 3.8; 95% CI 1.2-11.8; p=0.008), kadın cinsiyet (OR 5.4; 95% CI 1.62-18.74; p=0.01), 80 yaş üstü olmak (OR 10.28 95% CI 2.54-16.1; p=0.02), demans (OR 5.3; 95% CI 2.1-12.7; p<0.001), depresyon (OR 3.2; 95% CI 1.29-6.47; p=0.035), görme bozuklukları (OR 2.1 95% CI 1.24- 4.83; p=0.04), kalk-yürü test skoru > 20 sn (OR 34.5 95% CI 8.8-127.3; p<0.001) idi.

Sonuç: Risk modelimize göre yaşlılarda tekraralayan düşme için risk faktörleri: kadın cinsiyet, 80 yaş üstü olmak, anormal

postür, demans ve depresyon varlığı, görme bozukluğunun varlığı ve kalk-yürü test skorunun >20 sn olmasıdır. Geriatrik yaş grubunda tekrarlayan düşmelerin değerlendirilmesi, risk faktörlerinin saptanması ve önlenmesinde hastalara çok yönlü geriatrik değerlendirme mutlaka yapılmalıdır.

P 52
GERİATRİK HASTALARDA ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARININ İNCELENMESİ

Ahmet Özveren[1], Canan Çolak[1], Çoşkun Yıldız[2], Sevnaz Şahin[3]

1 Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. İç Hastalıkları Kliniği /İzmir
2 Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği /İzmir
3 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri BD/İzmir

AMAÇ: Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları acil servise başvurular arasında önemli bir yere sahiptir. Asit baskılayıcı tedavileri kullanma sıklığında artış ve başarılı endoskopik müdahalelerin geliştirilmesine rağmen mortalite oranları hala yüksektir. Farklı kaynaklarda mortalite %5-15 arasında bildirilmektedir. Bu çalışmada bir eğitim hastanesinde ü**st GİS kanaması ile hospitalize edilen geriatrik hastaların incelenmesi amaçlanmıştır.**

GEREÇ VE YÖNTEM: Kasım 2010 – Kasım 2011 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesine üst GİS kanaması nedeniyle hospitalize edilip endoskopi yapılan 65 yaş ve üzeri tüm hastalar çalışmaya alınmış ve retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden ulaşılan dosyalar incelenerek hasta cinsiyeti, yaşı, başvuru şikayeti, ilaç kullanım öyküsü, ek hastalık varlığı, endoskopi raporları, hastanede yatış süresi, mortalite, transfüzyon ihtiyacı, hematokrit, INR değerine ulaşılarak kayıt edilmiştir. Veriler SPSS 11.0 programında analiz edilmiş, p değerinin < 0.05 olması anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hasta sayısı 250'dir. Hastaların % 36' sı kadın, %74'ü erkekti. Cinsiyete gore yaş grubu dağılımına bakıldığında Kadınların %33'ü 65-74, %47'si 75-84, %19'u 85 yaşın üzerindeydi. Erkeklerin %44'ü 65-74, %50'si 75-84, %6'sı 85 yaş ve üzerindeydi. Eşlik eden hastalığı olan hasta oranı %79, en sık görülen hastalık hipertansiyon (%49) en sık 2. Hastalık ise koroner arter hastalığıydı (%26). En az 1 ilaç kullanan hasta oranı % 82.4, en sık kullanılan ilaçlar; kronik hastalığa bağlı kullanılan ilaçlar (%72) ve asetil salisilik asit (%33.6) olarak bulundu. Kanama açısından riski kabul edilen ilaçlar açısından incelendiğinde riskli ilaç kullanım oranı %51.6 olarak saptandı. Başvuru sırasındaki ortalama hematokrit düzeyi 27.2±7.3 ve eritrosit replasman oranı ise %76.4 bulundu. Tüm 65 yaş üzeri hastalarda mortalite oranı %8,4 iken yaş gruplarına göre incelendiğinde 65-74 yaş arasında %5, 75-84 yaş arasında %6,5, 85 yaş ve üzerinde ise %29,6 olarak saptandı. Hastalarda endoskopik olarak en sık kanama nedeni Peptik Ülserdi (%51,2). Peptik Ülserden sonra sık görülen lezyonlar ise, eroziv gastrit (%15,2), malignite %7,2, özafagus varisi %7,2 olarak bulundu. Peptik ülser Forrest sınıflamasına göre en sık Forrest 1B özelliğindeydi. Hastanede yatış süresi ortalama 4 ± 1.5 gün olarak bulundu.

SONUÇ: Üst GİS kanaması sıklığı yaşla birlikte artmaktadır yüksek mortaliteye sahiptir. Yaşlı hastada üst GİS kanamasının en sık sebep Forrest 1B tipi Peptik Ülserdir. Eşlik eden hastalıklardan en sık görülen Hipertansiyondur. Hastalarda kronik hastalık sayısının ve ilaç kullanım oranının yüksek olduğu saptanmıştır. En sık görülen kronik hastalık hipertansiyon olarak bulunmuştur. Kullanılan ilaçlar incelendiğinde kanama açısından risk kabul edilen ilaçlardan en sık kullanılanın asetil salisilik asit olduğu görülmüştür. Hastalarda ilaç kullanım sıklığının yüksek bulunması yaşlı hastaların polifarmasi açısından değerlendirilmesinin önemini göstermektedir.

P 53
YAŞLI HASTALARDA FİZİKSEL TESPİT UYGULAMALARI

Nil Tekin[1], Fehmi Akçiçek[2], Sevnaz Şahin[2], Gülşen Cankurt[1], Emine Böçkün[1], Hülya Sucu[1]

1 Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı T.C. İzmir Valiliği Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi, İzmir
2 Ege Üniversitesi İç hastalıkları AD, Geriatri BD, İzmir

Amaç: Günümüzde ortalama yaşam süresinin giderek uzadığı bilinmektedir. Uzun yaşam sürecinde özellikle kronik nörolojik hastalıklar zemininde oluşan komplikasyonların yanı sıra bağımlılık düzeyinde de artış gözlenmektedir. Uzun süreli izlem ve bakımın getirdiği yaşlı hastanın kısıtlanması gerektiren durumlarda fiziksel tespit uygulamaya karar verme, kararı uygulama ve ilgili prosedürlerin geliştirilmesine daha fazla gereksinim duyulmaktadır. Bu çalışmada uygulamanın açıklıkla ortaya konması, ilgili prosedürlerin özellikle hasta-

nelerin yanı sıra kurumsal bakım alanındaki yaşlı hastalar açısından da değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Yaşlı hastalarda fiziksel tespit uygulaması ve genel hasta kısıtlama prosedürlerine yönelik litaratür bilgisi taranmış; ülkemizdeki uygulama örneklerine ulaşılmaya çalışılmıştır.

Bulgular: Konuyla ilgili ülkemizdeki litaratürler daha çok hemşirelik disiplini temelinde yazılmış makaleleri içermektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın konuyla ilgili genelgesi, bazı hastanelerde kalite yönetim birimlerince düzenlenen kısıtlama altındaki hasta bakım prosedürleri de incelenmiştir. Kısıtlama kapsamındaki hastalar ajite, konfüze, demansı olan, kendisine ve çevresine zarar verme ihtimali bulunan, uygun postürü korumaya yönelik desteğe ihtiyacı olan yatağa bağımlı hastalar olarak belirlenmiştir. Genel olarak hastanın kısıtlanmasındaki temel amaç ajite, konfüze ve demanslı hastaları sakinleştirmek, kendisine zarar vermesini önlemek, hareketlerini kontrol altında tutarak bu hastaların yataktan düşmesini, tüp, dren ve tıbbi araçlar ile bağlantı gereçlerini çekip çıkarmasını engellemek, yatağa bağımlı hastalarda uygun postürü koruyarak kas ve eklem kontraktürü gelişmesini önlemek veya bakım ve tedavi girişimlerini uygulamak olarak belirlendiği görülmüştür. Bu uygulamaların titizlikle takibi, cilt bütünlüğünün ve kişiye zararlı herhangi bir durumun oluşup oluşmadığının kontrolü, uygun medikal aparatların uygun sürelerle kullanımı, fırsat bulunan zaman dilimlerinde uygulamaya ara verilmesi önerilmektedir.

Hastane kalite yönetimi uygulamalarında fiziksel tespit gerektiği düşünülen hastaların kapsamı değerlendirildiğinde bu tanımdaki hastaların özellikle yaşlı, kronik nörolojik hastalıkları bulunan, uzun süreli yatağa bağımlı izlenen hastaları içerdiği görülmektedir.

Sonuç: Sonuç olarak ilgili hastaların bulunduğu hastane klinikleri ve çok daha uzun süreli izlemin yapıldığı bakımevlerinde benzer prosedürlerin uygulanması ile ilgili kılavuzların geliştirilmesi ve ülke çapında uygulanmasına gerek olduğu anlaşılmıştır. Oluşturulacak kılavuzların sayısı hızla artan bakımevlerinin akreditasyonu için temel gereksinim olduğu açıktır.

P 54
ÖLÜMCÜL HASTA, ÖLÜM VE KÖTÜ HABER VERME KONUSUNDA HEKİMLERİN ALGI VE YAKLAŞIMI

Gülay Şahin, Mustafa Kürşat Şahin, Füsun Ayşin Artıran İğde, Mustafa Fevzi Dikici, Füsun Yarış

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Bu çalışmada, hekimlerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumları, hekimlerin sosyodemografik özelliklerinin ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımları üzerine etkisi, ölümcül hastalık tanısını söylemekten kaçınma davranışının hekimin kendi ölüm kaygısı ile ilişkisi ve hekimlerin bu konuyla ilgili eğitimin gerekliliği hakkındaki görüşlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya 63 (%57,3) hekim ve 47 (%42,7) tıp fakültesi öğrencisi alındı ve kendilerine sosyodemografik veri formu, ölüm ve ölümcül hastaya yönelik hekim tutumlarını değerlendirmek amacıyla 18 soruluk bir anket formu ve Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 110 kişiden %40'ı kadın, %60'ı erkekti. Ortalama yaş 26,72 ± 3,47 (22–39) idi. Çalışmaya katılan 63 hekimden 25 (%39,68)'i cerrahi tıp bilimlerinden, 38 (60,32)'i ise dahili tıp bilimlerinden idi. Hekim ve öğrencilerin %90,9'u hastanın tanısı ne olursa olsun; tanıyı, tedavi seçeneklerini, prognozu öğrenme ve tedaviyi reddetme hakkı olduğunu, söz konusu hastalık "ölümcül" olduğunda, %74,5'i tanının hastaya söylenmesi gerektiğini kabul etmektedir. Ölümcül hastalık 'kanser' olduğunda ise, hekimlerin ve öğrencilerin "tanı ve hastalık prognozu ne olursa olsun söylenmesini isterdim." sorusuna katılma oranları; kendileri söz konusu olduğunda %80,9 oranındayken, bir yakınları söz konusu olduğunda %57,36, herhangi erişkin bir hasta söz konusu olduğunda ise %56,4 olmaktadır. Hekim ve öğrencilerin % 87,3'ü tıp eğitimi sırasında veya sonrasında, ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım hakkında bir eğitimin gerekli olduğuna katıldı. Ölüm kaygısı ölçeğinden yüksek puan alan katılımcıların %83,6'sı ölümcül bir hastalığı olan bir hasta ve ailesiyle karşılaşmayı, diğer hastalar ve aileleriyle karşılaşmaktan daha zor bulacağını, aynı zamanda ölümcül bir hastalığı veya ölüm haberini verirken duygusal bir zorluk yaşayabileceğini belirtti.

SONUÇ: Bu araştırma, hekimlik mesleği uygulamaları içinde önemi ihmal edildiği düşünülen bir alan olan, ölümcül hasta ve ölüme yaklaşımda yaşanan zorlukları bir ölçüde saptayıp tartışılır hale getirecek veriler ortaya koymuştur. Ölümcül bir

hastalık ya da kanser tanısı söz konusu olduğu durumlarda, hasta ve hekimin yararına olacak şekilde 'iyi ölüm' kavramının anlaşılması, tartışılması ve duyarlılığın arttırılmasına ve bu alanda izlenecek yolun belirlenmesindeki eksikliklerin giderilmesine öncülük edecek yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: hekim, kaygı, ölüm

A

Abit, Ayşe 170
Adalet, Işık 177
Akar, Harun 230
Akbayrak, Nalan 150, 235
Akbey, Kadir 221
Akçiçek, Fehmi 174, 187, 206, 215, 225, 226, 234, 236, 245
Akdemir, Nuran 86, 221
Akduman, Seha 215
Akın, Demet 168
Akın, Sibel 169, 172, 177, 180, 184, 205, 213, 234, 237, 239, 242
Akın Telli, Tuğba 223
Akpınar, Timur Selçuk 177, 184, 205, 213, 234, 237, 239
Akyar, İmatullah 92
Akyıldız, Murat 242
Alkan, Ali 204, 215
Alp, Alper 230, 240
Alpman, Asude 187
Altay, Birsen 210
Altunöz, Umut 208
Altuntaş, Yüksel 20, 211, 224
Aras, Sevgi 146, 168, 180, 214
Arık, Zafer 204
Arıoğul, Servet 171, 175, 204, 220, 223, 227
Arslan, Serap 175
Artıran İğde, Füsun Ayşin 246
Aşiret, Güler Duru 221, 239
Atlı, T. 168, 180, 214
Atmış, V. 168, 180, 214
Aydın, Öznur 215
Aydın, Tuğba 210
Aydın, Yusuf 21
Aydın, Yücel 169, 180, 242
Aygör Eskiizmirli, H. 174
Ay, Seyit Ahmet 179

B

Badur, Selim 172
Bağcivan, Gülcan 235
Bahat Öztürk, Gülistan 67, 169, 172, 177, 180, 184, 205, 213, 234, 237, 239, 242
Balcı Alparslan, Güler 217
Basat, Okcan 211, 224
Başar, Erol 185
Baydal, B. 174
Beğer, Tanju 196, 197
Beycan, Gizem 234
Biçer Kanat, Bilgen 208
Bilgiç, Başar 59
Bolayır, Başak 204
Boyacı, P. 220
Bozdoğan, Zeynep 197
Bozoğlu, Ergün 65, 179
Böçkün, Emine 226, 245

C

Canbolat, Özlem 221
Can, Esra 209, 218
Cankurtaran, Mustafa 168, 171, 175, 204, 220, 223, 227, 244
Cankurt, Gülşen 245
Cengiz Karaarslan, Ö. 168, 180, 214
Cengiz, Mahir 197
Cerit Soydan, Fatma 206, 210
Ceyhan, Osman 182

Ç

Çavuş, Bilger 209, 218
Çavuşoğlu, Mediha 237, 239
Çelik, Betül 217
Çelik, Gülay 174
Çelik, İsmail 204
Çıkman, Duygu İlke 215
Çınar3, Esat 227
Çınar, Esat 171
Çıplak, Gökçe 209, 218
Çıplak, Meral 172
Çolak Güloğlu, Canan 240, 245
Çolak, Hülya 240
Çulhacı, Nil 230
Çurgunlu, Aslı 168, 176, 242, 244

D

Dedeoğlu, Burçak Deniz 112
Demirok, Hafize 101
Deniz, Ali 49
Deyneli, Oğuzhan 19
Dikici, Mustafa Fevzi 246
Doğan, Hafize 184, 207, 213, 226
Doğu Yavuz, Burcu Balam 229
Doruk, Hüseyin 179
Döventaş, Alper 158, 196, 197
Durusu Emek, Derya 185

E

Eker, H. 186
Emek, D. D. 220
Erdem, Levent 242
Erden Aki, Özlem 61
Erdinçler, Deniz Suna 196, 197
Erdoğan, M. F. 180
Erkek, Burcu 229
Eroğlu, S. 220
Erten, Nilgün 169, 177, 180, 184, 205, 213, 234, 237, 239, 242
Erzeybek, Mustafa Said 197
Eşmen Ergülü, S. 168
Evrenos, B. 180

F

Farımaz, Hakan 184, 186, 207, 213
Felekoğlu, Alper 209, 218

G

Göçer, Şemsinnur 182
Gökçay Canpolat, Asena 215
Gök, Şeyda 236
Güler, Burcu 236
Gülhan, Seçil 233
Gül, Kamile 25
Güneş, F. Esra 211
Güntekin, Bahar 185

H

Halil, Meltem 35, 123, 171, 175, 204, 220, 223, 227
Hanağası, Haşmet A. 73
Hayran, Mutlu 204
Hindistan, Sevilay 233

I

Işıklı, Haşmet 78

İ

İncel, Pınar 216
İnci, Ayşe 216

K

Kabaroğlu, Ceyda 187
Kahraman, Cüneyt 211, 224
Kalpakçı, Yasin 175
Kapucu, Sevgisun 221, 239
Karadağ, Berrin 136, 211, 224
Karadurmuş, Nuri 179
Karagöz, Mustafa 236
Karahan Yeşil, Nesibe 227
Karakurt, İsa 226
Karaman, Murat 179
Kara, Nergiz 242
Karan, Mehmet Akif 169, 172, 177, 180, 184, 186, 205, 213, 234, 237, 239, 242
Karaosmanmemet, Aslı 215
Karışık, Esad 184, 186, 207, 213, 226
Kars, Ayşe 204
Karslıoğlu, Ersin Hatice 221, 229
Kav, Taylan 175
Kaya, Fatih 197
Kayan, Tuba 176
Kayaoğlu, Hülya 95
Kefeli Çol, Bahar 210
Kılıç, Selim 229
Kıran, Bayram 172
Kıran, Vahit 172
Kırdı, Nuray 170
Kızılarslanoğlu, Burcu 220
Kızılarslanoğlu, Cemal 220, 227
Köroğlu, Gülbahar 235
Kumral, Emre 187
Kurt, İsmail 179
Kurt, Pınar 185, 220
Kurtulmuş, Yusuf 240
Kuyumcu, Mehmet Emin 171, 175, 204, 220, 223, 227

M

Meriç, Aydın 170
Meteoğlu, İbrahim 230
Musaoğlu, Zeliha 209, 218
Mut, Melike 204

N

Naharcı, Mehmet İlkin 179
Nar, Dilek 197
Nehir, Sevgi 198

O

Ortabağ, Tülay 229
Ovalı, Önder 206
Ozalp, Elvan 221

Ö

Öksüz, Emine 206, 210
Önal Dölek, Bilge 188
Öner, Beyhan 177
Örnek, Merve 206, 225
Örsal, Özlem 217
Özalp, Elvan 229
Özcan, Erkan 237, 239
Özcan, Münevver 204, 223, 239
Özdaş, Şule Beyhan 168
Özdemir, Dilek 211
Özdemir, Özlem 229
Özdener, Aynur 206, 225
Özdoğan, Öner 240
Özdöl, Yeliz 197
Özel Kızıl, Erguvan Tuğba 208
Özgen, Tunçalp 204
Özkaraman, Ayşe 217
Özkaya, Hilal 184, 186, 207, 213, 226, 236
Özkınay, Ferda 187
Öztürk, Atike 234
Öztürk, Savaş 177
Öztürk, Zeynel Abidin 227
Özveren, Ahmet 245

P

Parıldar, Zuhal 187
Pekmezci, Hilal 233
Pınar, Salih 197

S

Safer, Umut 179
Saka, Bülent 115, 169, 172, 177, 180, 184, 186, 205, 213, 234, 237, 239, 242
Sakarya, Direnç 208
Saraç, Fulden 37, 187, 206, 215, 225, 236
Sarı, Murat 213, 237
Savaş, Sumru 148, 187, 206, 215, 225, 236
Sönmez, Neşe 217
Sözen, E. 174
Sucu, Hülya 226, 245

Ş

Şahin Cankurtaran, Eylem 221, 229
Şahin, Gülay 246
Şahin, Mustafa Kürşat 246
Şahin, Sevnaz 43, 121, 174, 217, 226, 234, 240, 245
Şahin, Ziver 172
Şanlı, Yasemin 177
Şenuzun F 174

T

Tabak, Levent 237
Tamam, Banu 181
Tamam, Yusuf 181
Tanrısev, Mehmet 240
Tapan, Serkan 179
Taşçı, İlker 144, 179
Taşçıoğlu, Cemil 205, 213, 237
Taşdemir, Nebahat 181
Tavşanlı, Nurgül Güngör 198
Taymaz, Bahar 243
Taymaz, Tolga 188, 237, 238, 243
Tayran, Nuray 106
Tekinel, Yasemin 204
Tekin Eraslan, Pınar 221, 229
Tekin, Nil 226, 245
Telatar, Berrin 176, 242, 244
Tezcan, Vecdet 244
Tozlu, Mukaddes 229
Tufan, Aslı 172, 177, 184, 205, 213, 234, 237, 239
Tufan, Fatih 139, 169, 172, 177, 180, 184, 234, 242
Tuğrul, Gözde 177
Tuncer Elmacı, Neşe 76
Turan, Aras 172
Tutar, Hasan 221
Türker, Alev 204
Türten, Tuğçe 221

U

Uçak, Sema 211, 224
Ulusoy Kaymak, Semra 221, 229
Uslu, Neslihan 242

Ü

Üçüncüoğlu, Esra 129
Ülger, Zekeriya 227
Ünal, Ahmet 83
Ünsal, Alparslan 230

V

Varlı, Murat 52, 168, 180, 214

Y

Yadigar, Serap 197
Yalçın, Ahmet 141, 168, 180, 214
Yalçın, Mehmet Akif 187, 225
Yardımcı, Ahmet Cem 216
Yarış, Füsun 246
Yavuzer, Hakan 196, 197
Yavuzer, Serap 196
Yazıcı, Gözde 204
Yener, Görsev G. 185, 220
Yeniçerioğlu, Yavuz 230
Yeşil, Yusuf 171, 175, 204, 220, 223, 227
Yıldırım, T. 214
Yıldız, Çoşkun 245
Yılmaz, Emre 237, 239
Yılmazer, Reyhan 236
Yılmaz, Murat 125
Yılmaz, Nejla 209, 218
Yoğurtçuoğlu, Bedi 244
Yücel, Nurullah 184, 186, 207, 213, 226

Z

Zengin, Güliz 204, 215, 220
Zorlu, Faruk 204