



İZMİR 4. İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU

“Yaşlanan Bedenle Yaşam”

MİMARİ



KÜLTÜR VE SANAT



SAĞLIK HİZMETLERİ



SOSYAL POLİTİKALAR



SOSYAL HİZMETLER

ÖZET KİTABI

23 - 24 Mart 2011

Balçova Termal Otel, İZMİR

EGE GERİATRİ DERNEĞİ

İZMİR BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ



Değerli Katılımcılar;

Bu sene yaşlılar haftası etkinlikleri içerisinde, İzmir İleri Yaş Sempozyumunun dördüncüsünü düzenlemekteyiz. Artan yaşlı nüfusun gereksinimlerine dikkat çekmeği amaçladığımız sempozyumumuza ilginin her sene katlanarak artmakta olması, İzmir'in yaşlısına ve geleceğine verdiği değer açısından önemli bir gösterge olarak kabul edilmelidir.

Sempozyumumuzu diğer bilimsel aktivitelerden ayıran en önemli özelliği bu alanda çalışan hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, gerontolog ve daha bir çok meslek disiplini; merkezi idari yönetimi, yerel yönetimleri, akademisyenleri, uzmanları bir araya getirmesidir. Katılımcılar arasına şehrimizde yaşayan yaşlıların da katıldıklarını görmek bizi memnun etmektedir. Sempozyumumuzun diğer iller tarafından benzer çalışmalar için örnek alındığını görmek bizler için onur vericidir.

Bu sene sempozyumumuzun ilk gününde artan yaşla vücudumuzda oluşan değişiklikler anlatılacak, ikinci gün ise emeklilik, boş zaman aktiviteleri üzerinde durulacaktır. Konuyla ilgili bilgi ve tecrübelerini paylaşmayı kabul eden değerli konuklarımıza teşekkür ederim.

Sempozyumun en ilgi çeken bölümlerinden olan şehrimizde gerçekleşen veya hayata geçirilmesi tasarlanan yeni geriatri projeleri; yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları ve üniversiteler tarafından bizlere tanıtılacaktır.

Sempozyumumuzun gerçekleştirilmesinde desteklerini esirgemeyen İzmir İli Valisi Sn. M. Cahit Kıracı'ya ve Balçova Belediye Başkanı Sn Mehmet Ali Çalkaya'ya hepimiz adına teşekkür ederim. Sempozyumun başarısı sizlerin aktif katılımına ve katkılarına bağlıdır. Bu duygular ile hepinize şimdiden teşekkür eder, tartışması bol, verimli bir sempozyum olmasını dilerim.

Prof. Dr. Fehmi Akçiçek

Sempozyum Başkanı

Ege Geriatri Derneği Başkanı

KURULLAR

Onursal Başkanlar

İzmir Valisi	Mustafa Cahit KIRAÇ
İzmir Büyükşehir Belediye Başkanı	Aziz KOCAOĞLU
Ege Üniversitesi Rektörü	Prof. Dr. Candeğer YILMAZ
İzmir İli Sağlık Müdürü	Op. Dr. Mehmet ÖZKAN
İzmir İl Sosyal Hizmetler Müdürü	Zekeriya ERTAŞ
Balçova Belediye Başkanı	M. Ali ÇALKAYA

Sempozyum Başkanı

Prof. Dr. Fehmi AKÇİÇEK

Genel Sekreterler

Sevnaz ŞAHİN
M. Akif YALÇIN
Fulden SARAÇ
Sumru SAVAŞ
Turgay ÇAVUŞOĞLU
Sevim YAZICIOĞLU

Düzenleme Kurulu

Dilek EĞİ
Harun EROL
Sibel EYİĞÖR
Z. Çiçek FADİLOĞLU
Sibel GÖKSEL
Aysel GÜR SOY
Yeşim GÜVENÇ
Ayfer KARADAKOVAN
Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
Adalet OKHAN
Fisun ŞENUZUN
Hatice ŞİMŞEK
Reyhan UÇKU
Mevlüt ÜLGEN

KURULLAR

Bilimsel Danışma Kurulu

Hakan ABACIOĞLU
Galip AKHAN
Gülinnaz ALPER
İbrahim ASTARCIOĞLU
Zafer AYBEK
Ali Rıza AYDER
Serhat BOR
Bahar BOYDAK
Banu Çiçek BİLKAY
A. Çağrı BÜKE
Tuğrul DERELİ
Mehmet FÜZÜN
Nihal Mete GÖKMEN
Cemil GÜRGÜN
Hülya GÜVEN

Tankut İLTER
Ali KASAP
Gökhan KESER
Türkegöl KOCAOĞLU
Emre KUMRAL
Necil KÜTÜKÇÜLER
Aliye MANDIRACIOĞLU
Ayşin NOYAN
Semih ÖTLEŞ
Turan ÖRNEK
Filiz ÖZERKAN
Aslan SAVAŞAN
Candeğer YILMAZ
O. Gazi YİĞİTBAŞI

Organizasyon

EGE GERİATRİ DERNEĞİ

Katkıda Bulunan Kuruluşlar

İzmir Valiliği

İl Sağlık Müdürlüğü

İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü

Ege Üniversitesi

Alzheimer Derneği İzmir Merkezi

İzmir Büyükşehir Belediyesi

İzmir Karşıyaka Belediyesi

Balçova Belediyesi

BİLİMSEL PROGRAM

23 Mart 2011, Çarşamba

- 09.00 - 09.30** **Açılış Konuşması ve Hoşgeldiniz**
Ege Geriatri Derneği Başkanı **Prof. Dr. Fehmi Akçiçek**
Balçova Belediye Başkanı, **M. Ali Çalkaya**
İl Sosyal Hizm. Müdürü **Zekeriya Ertaş**
İl Sağlık Müdürü **Op. Dr. Mehmet Özkan**
Ege Üniversitesi Rektörü **Prof. Dr. Candeğer Yılmaz**
İBB Başkanı **Aziz Kocaoğlu**
İzmir Valisi, **M. Cahit Kırarç**
- 09.30-10.30** **Panel 1: İleri Yaş ve Değişim**
Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Fehmi Akçiçek, Doç. Dr. Aslı Çurgunlu**
İleri yaşla birlikte görülen fizyolojik değişiklikler: **Doç. Dr. Sibel Eyigör**
Yaşlanmayı geciktirmede egzersizin etkileri (anti-aging): **Prof. Dr. Çetin İşlegen**
- 10.30- 11.00** **Kahve Arası**
- 11.00-12.30** **Panel 2: İleri Yaş ve Egzersiz**
Oturum Başkanları: **Doç. Dr. Mustafa Cankurtaran, Doç. Dr. Sibel Eyigör**
İleri yaşta egzersizin faydaları: **Doç. Dr. İlker Yağcı**
İleri yaştaki egzersizin özellikleri: **Doç. Dr. Kutay Gökkaya**
İleri yaşta uygun sporlar: **Doç. Dr. Metin Ergün**
- 12.30-13.00** **Uydu Sempozyumu (Yeni Recordati)**
Yaşlıda İzole Hipertansiyon ve Ca Kanal Blokerleri
Prof. Dr. Fehmi Akçiçek
- 13.00-14.00** **Öğle Yemeği**
- 14.00-15.00** **Panel 3: Yaşlanan Cilt**
Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Deniz Suna Erdinçler, Prof. Dr. Semih Ötles**
Yaşlanan deride izlenen değişiklikler: **Prof. Dr. İdil Ünal**
Deri yaşlanması geciktirilebilir mi?: **Doç. Dr. İlgen Ertam**
İleri yaşta sık görülen deri hastalıkları: **Prof. Dr. Tuğrul Dereli**
- 15.00-15.30** **Kahve Arası**
- 15.30-16.30** **Panel 4: Yaşlanan kulak, işitme ve denge problemleri**
Oturum Başkanları: **Prof. Dr. O. Gazi Yiğitbaşı, Doç. Dr. Fulden Saraç**
Yaşa bağlı işitme kayıpları ve işitme cihazı kullanımı: **Op. Dr. Gül Caner Mercan**
Yaşlılıkta kulak çınlaması: **Prof. Dr. Fatih Öğüt**
Yaşlılıkta baş dönmesi ve denge: **Prof. Dr. Gülden Akdal**
- 16.30-17.00** **Kahve Arası**
- 17.00-18.00** **Beyin Fırtınası: Evde yaşlı bakımında çalışanlar ve beklentiler**
Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Eser Sözmen**
Doç. Dr. Fisun Şenuzun Uzm. Dr. Sevnaz Şahin
(Toplantıya katılanların aktif katkıları ile gerçekleşecek ve sonuç raporu hazırlanacaktır.)

BİLİMSEL PROGRAM

24 Mart 2011, Perşembe

- 09.00-10.30 Panel 5: Sağlıkta Eşitsizlikler**
Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Sibel Göksel, Prof. Dr. Çiçek Fadiloğlu*
Sağlıkta eşitsizlik tanım ve kavramlar: *Prof. Dr. Reyhan Uçku*
Sağlıkta eşitsizliğin ölçümü ve yaşlı sağlığına etkisi: *Uzm. Dr. Hatice Şimşek*
Yaşlılarda önemli bir sorun: Yaş ayrımcılığı: *Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu*
- 10.30- 11.00 Kahve Arası**
- 11.00-12.30 Panel 6: Başarılı Yaşam**
Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Turan Örnek, Doç. Dr. Teslime Atlı*
Yaşlanan beden ve yaşlanmanın sosyal inşası olarak başarılı yaşlanma:
Doç. Dr. Aylin Nazlı
İleri yaş merdiveninde karşılaştıklarım: *E. Perran Yücel (Emekli Öğretmen –Yazar)*
İleri yaşta boş zaman etkinlikleri: *Sos. Hizm. Uzm. Turgay Çavuşoğlu*
- 12.30-13.30 Öğle Yemeği**
- 13.30-15.00 Sözlü Sunumlar:**
Oturum Başkanları: *Yrd Doç. Dr. M. Akif Yalçın, Uzm. Dr. Nil Tekin*
Şehrimizde geriatri alanındaki çalışmalar
Ege Üniversitesi - Avrupa Birliği Projesi (EQUIP II)
Prof. Dr. Eser Sözmen, Uzm. Dr. Sumru Savaş
Alzheimer Derneği Projesi: *Uzm. Dr. Aysel Gürsoy*
Gençlerle Yaşlılar Elele Projesi (İBB) *Sosyolog Burcu Öneş, Psikolog. A. Dilek Egi*
Konak Belediyesi Yaşlı Hizmetleri: *Serpil Güngör (Konak Belediyesi Başkan Yardımcısı)*
- 15.00-15.30 Kahve Arası**
- 15.30-17.00 Kültür Sanat**
Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Gönül Tekin, Prof. Dr. Aydın Bıçakçı*
Muzaffer İzgu, Müjdat Gezen
- 17.00 2011 yılı EGERDER Ödüllerinin verilmesi ve kapanış**
Prof. Dr. Fehmi Akçiçek, Uzm. Dr. Alper Döventaş, Sos. Hizm. Uzm. Sevim Yazıcıoğlu
İleri yaş dostu bilim insanı ödülü
İleri yaş dostu sanatçı ödülü
En iyi poster ödülü

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Bilimsel Sekreterya

Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Geriatrici Bilim Dalı

Tel : (0 232) 390 42 91

e-posta : drsevnaz@hotmail.com

Organizasyon Sekreteryası



Fener Kalamış Caddesi Cemil Bey Apt. No: 23/4

Kalamış / Kadıköy - İstanbul

Tel : 0216 414 11 11

Faks : 0216 414 65 44

e-posta : info@opteamist.com

KONUŞMA ÖZETLERİ

İLERİ YAŞLA GÖRÜLEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Doç. Dr. Sibel EYİĞÖR

EÜTF Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD, EÜTF İç Hastalıkları Geriatri Bilim Dalı

Yaşlılık, kalıtsal yapının ve dış faktörlerin etkisiyle , hücredeki biyokimyasal tepkimelerden başlayarak, hücre, doku, organ ve vücut düzeyindeki işlevlerin azalması olarak tanımlanabilir.

WHO ise yaşlılığı; çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinde azalma olarak açıklamaktadır. Bu değişikliklerin sonucunda;

- Hastalık yükünde artış
- Fonksiyon kaybı
- Bakım gereksiniminde artış
- Sağlık harcamalarında artış
- Sağlık algılamasında kötüleşme
- Ekonomik problemler (sosyal, bakım)
- Ölüm görülmektedir.

Yaşlanmanın Karakteristik Özellikleri;

- Organ sistemlerinin rezerv kapasitelerinde azalma
- Homeostatik kontrolde azalma
- Çevresel faktörlere uyum yeteneğinde azalma
- Stres cevap kapasitesinde azalma olarak sayılabilir.

Yaşlanma fizyolojik bir süreçtir. Bu süreçte anatomik ve fizyolojik bir takım değişiklikler görülmektedir:

- Kas-iskelet sisteminde değişiklikler
- SSS değişiklikleri
- Kalp-damar ve pulmoner sistem değişiklikleri
- GIS sistem etkileri
- İmmun sistem
- İlaç etkileri
- Laboratuvar değerlendirme farklılıkları olarak ana başlıklara göre gruplanabilir.

KAS-İSKELET SİSTEMİ DEĞİŞİKLİKLERİ

Yaşam boyu kas gücü kaybı % 30-40 oranında iken iskelet kas kesitinde de %25-30 kayıp gözlenmektedir. Kas dayanıklılığı kaybı ve kartilaj hasarı ek pek çok soruna neden olmaktadır. ≥70 yaş yaşlıların %32'si günlük yaşam aktivitelerinde zorluk çekmektedir. Kas değişiklikleri denerve/immobilize kasta oluşan değişikliklerle aynıdır. Miyofibrillerin yerini; yağ, kollajen, skar doku alır, kas kan akımı azalır. Sarkopeni 65 yaş üstü %30, 80 yaş üstü %50 oranında görülür. Üzerinde en çok durulan konulardan birisidir. Boyda yaklaşık 5 cm kısalma olur. Kilo 60'lı yaşlara kadar artar sonra azalma başlar. Vücut yağ kütlesi 2 kat artarken, yağsız kas kütlesinde kayıp gerçekleşmiştir. Kemik kitlesi ve mineral yoğunluğu azalır.

SONUÇTA klinik pratikte;

- Postur bozukluğu
- Kas güçsüzlüğü- enduransta azalma (Sarkopeni)
- Yorgunluk, denge bozukluğu
- Düşme, kırık
- Postpolio sendromu
- Osteoporoz
- Romatolojik hastalıklar
- Kalça-diz artroplastisi ile karşılaşırız.

NÖROMUSKÜLER SİSTEM DEĞİŞİKLİKLERİ

- Periferik sinir iletim hızında düşme
- Duyarlılık, koordinasyon, kognitif yeteneklerde yavaşlama
- Motor yavaşlama
- Duyusal iletimde yavaşlama
- Reflekslerde yavaşlık olur.

Bu yaşta görülen en sık nöromusküler hastalıklar;

- Nörolojik travma
- İnme
- Senil demans ve kognitif bozukluk
- Multipl Skleroz
- Parkinson hastalığı
- Hareket bozuklukları
- Periferik nöropatidir.

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM DEĞİŞİKLİKLERİ

- Vasküler intimal kalınlıkta artış
- Sol ventrikül duvar kalınlık artışı
- Sol atrial büyüklük değişikliği
- Kardiyovasküler rezervde azalma
- Vasküler tonus değişiklikleri
- Maksimal kalp hızı azalmış, kan P ve kalp hızı istirahat seviyesine dönüş yavaş
- Aort ve diğer damar kalınlaşması; Sistolik P artışı
- Kalp kapak vavlerinde kalınlaşma; “murmur”
- Pacemaker hücre kaybı-fibröz doku; Ritm bzk.
- Barores (kan P) daha duyarlı; Baş dönmesi, ortohT

PULMONER SİSTEM DEĞİŞİKLİKLERİ

- Kas gücü ve endüransı azalmış, rijid göğüs duvarı
- Vital kapasite azalmış, rezidual volüm artmış (total kapasite aynı)
- Alveolar yüzey alanı %20'lere kadar azalmış (alveol ekspirasyonda hızlı çökme eğiliminde)
- Mukus üretimi artmış, silia sayı ve akt azalma; Enfeksiyon riskinde artış
- Solunum kontrol ve takibi daha etkisiz
- Hastalık olmadıkça yeterli gaz değişimi
- Göğüs duvarı kompliansında azalma
- Respiratuar kas gücünde azalma olan hastalıklar;
 - Konjestif kalp yetmezliği
 - Parkinson
 - Serebrovasküler hastalıklardır.

RENAL SİSTEM DEĞİŞİKLİKLERİ

- Böbrek boyutu 40-50 yaşa kadar artış, sonra azalma (tubulointerstisyel değişiklik, infarkt bağlı)
- Kreatinin klirensi ve glomerüler filtrasyon oranlarında azalma: ort arterial P artışı
- HT~ Renal fonk
 - İntrarenal damar değişiklikleri (ateroskleroz)
 - DM etkisi
 - Enfeksiyon (yaşla artışı)
 - Tm
- Böbrek kütleğinde %25-30,
- Glomerül sayısında %30-40 azalma;
- Filtrasyon ve konsantrasyon yeteneğinde bozulma,
- İlaç metabolizma bozuklukları
- Vazopresin cevabında azalma, tuz koruma kabiliyetinde bozulma; Dehidratasyon risk artışı
- Mesane kapasitesinde azalma; Rezidü artışı, sık idrar (İYE, inkontinans ve üriner obst)

GİS SİSTEM DEĞİŞİKLİKLERİ

- Atrofik gastrit ve aklorhidri prevalansında artış
- Motilite azalması
- KC hasarlı, hücre tamiri-etkin ilaç metb. bozuk
- KC kan akımı ve hacminde azalma
- Kolon divertikülüne bağlı ağrı
- Kolon peristaltizm azalması ve konstipasyon

İLAÇ METABOLİZMASI

- Farmakokinetik (ilaç konsantrasyonu)
 - Dağılım, protein bağlanma
 - Terapötik pencere (lipofilik ve hidrofilik ilaçlar)
 - Advers etkiler
 - Artmış hedef organ sensitivitesi
- Farmakodinamik (mekanizma)
 - İlaçlara artmış sensitivite
 - Artmış yan etki
 - Yan etki -fizyolojik değişikliklere cevap yeteneğinde azalma
- Farklı parametreler
 - Absorbsiyon (yararlanım düşük)
 - Azalmış renal fonk (atılım bozuk)
 - İlaç dağılımı (toksikite)
 - Azalmış KC fonk
 - Bilier sistem

Laboratuvar Değişiklikleri ve İlaç İlişkisi (örnekler):

- Serum albumini azaltanlar
 - Asetaminofen, östrojen, niasin, antikonvülzan
- BUN arttıran
 - Asetaminofen, diazepam, indometazin, tiazid, penisilin, salisilat, allopurinol, levodopa
- Serum kreatinini arttıran
 - Asetaminofen, penisilin, tiazid, alkali antasit, barbiturat
- Serum ürik asidini arttıran
 - Antineoplastik, prednizalon, salisilat, etanol, niasid
- Serum alkali fosfatazı arttıran
 - Asetaminofen, tiazid, diazepam, barbiturat, allopurinol, kolşisin, östrojen, kumarin, antikonvülzan

YAŞLILIĞA SPESİFİK SORUNLAR

- Görme-işitme-iletişim sorunları
- Disfaji
- İnkontinans
- Baş dönmesi-denge
- Yorgunluk-tutukluk
- Isı regülasyon sorunu
- El fonksiyonları
- Obesite
- Ağrı

YAŞLANMA HASTALIK İLİŞKİSİ

- Moleküler defekt birikimi kesintisiz süreç, *in utero* başlar
- Süreç doku/organda fonksiyonel bozukluklara neden olur
- Organların bozulma hızı farklı
- Yaşlı organ sistemleri birbirini etkiler
- Homeostaz, fizyolojik strese karşı korunamaz
- Yaşlanma ve yaşa bağlı hastalıklara giden yollar örtüşür, normal yaşlanma ile hastalık ayrımı zordur

ANAHTAR NOKTALAR

- Hastalığı normal yaşlanmadan ayırmak her zaman mümkün değil
- Yaşlanmanın normal değişiklikleri her zaman fonksiyonların bozulmasına neden olmaz
- Görme, işitme, hafıza,mesanede fark edilir değişiklikler !
- CVS, solunum ve GIS değişiklikler çoğu zaman sağlıklı kişiyi etkileyecek düzeyde olmaz
- İmmun sistemdeki bozulma infeksiyonlara ve özürlülüğe ve bazen ölüme neden olur
- Yaşlanmaya neden olan özgül biyolojik program yok
- Soma hayatta kalmaya programlı ancak tamir/idame mekanizmalarına rağmen oluşan hasarlar birikir
- Yaşlanma, ömür boyu biriken bu moleküler ve hücresele hatalarla gelir
- Hasara neden olan birçok mekanizmaya karşılık, idame ve tamir için çalışan sistemler de mevcut; genetik etkili
- Hasarın birikme hızı ve yaşlanma süreci **etkilenebilir/değiştirilebilir “ömür plastiktir”**
- Önlenebilir !!!
- Koruyucu yaklaşımlar,
- Erken tanı -tedavi yöntemleri ile yaşam kalitesi artışı elde edilebilir.

FİZİKSEL AKTİVİTE VE YAŞLANMANIN GECİKTİRİLMESİ(ANTI-AGING)

Prof. Dr. Çetin İŞLEGEN
EÜTF Spor Hekimliği AD.

Yaşlanma canlı dokularda zamanla kendisini gösteren, geriye dönüşü olmayan değişimler olarak tanımlanır.

YAŞLANMANIN EVRELERİ:

Orta Yaşlılık: 40-65 yaş
Yaşlılık: 65-75 yaş
İleri Yaşlılık: 75-85 yaş
Çok İleri Yaşlılık 85 yaş ve üzeri olarak sınıflandırılır.

Yaşlanma sonucu oluşan fiziksel ve fonksiyonel kayıpların hızının azaltılması için alınacak önlemlerin, kişinin yaşam kalitesini optimal bir düzeyde sürdürebilmesini sağlamalıdır:

- Kimseden yardım almadan günlük gereksinimlerini karşılayabilmek.
- Yaşamını renklendirecek farklı sosyal aktivitelere katılabilmek.
- Öğrenmeye ve üretmeye devam etmek.

Yukarıda yaşam kalitesinin sürdürülmesinde önemli olan kavramları göz önüne aldığımızda, beyinsel fonksiyonlar kadar fiziksel özelliklerinde ne kadar önemli olduğu görülmektedir. Düzenli ve yeterli düzeyde yapılacak fiziksel aktivitelerin, fiziksel ve fonksiyonel gerilemeleri önemli düzeylerde yavaşlattığı bir çok bilimsel çalışmayla gösterilmiştir.Örneğin aerobik gücün fizyolojik olarak önemli bir göstergesi olan maksimal oksijen kullanımı:

- 35 yaştan sonra her yıl %0.5-1 düşerek 60 yaşında, 20 yaşındaki değerin %80'idir.
- Düzenli egzersiz yapanlarda bu düşüş yılda %0.1 olarak bulunmuştur.
- El kavrama kuvveti yaşla çok az etkilenir, bacak kuvveti yaşla çok fazla etkilenir.
- Denge : 70 yaşında 20 yaştaakinin %20'sine düşmektedir.Bu nedenle yaşlılarda kuvvet ve denge kaybindan dolayı düşmeler olmakta ve özellikle osteoporozlu yaşlılarda ölüme kadar giden kırıklar oluşmaktadır.Yine bilinçli ve yeterli düzeyde yapılacak aerobik,kuvvet ve denge egzersizleriyle,kemik mineral miktarı korunmakta veya artırılmakta , kuvvet ve dengedeki azalma yavaşlatılmakta ve böylece bu düşmelerin önüne büyük oranda geçilebilmektedir.
- Esnekliği en fazla bozan ve gerileten faktör hareketsiz yaşam şeklidir.
- Egzersizle en büyük esneklik artışları sedanter kişilerde gözlenmiştir.
- Özellikle sıcak tutulan eklemlerde daha büyük uyum ve esneklik artışları olmaktadır.

Düzenli ve yeterli seviyede yapılan egzersizler kollajen yenilenmesini artırır. Daha genç kollajen moleküllerinden stres ve yüklenmelere daha dayanıklı uygun bir yapı oluşur.Bağ dokusunun kan dolaşımını artırarak metabolizmasını hızlandırmaktadır.

Kan damarlarında skleroz oluşumu ve derideki bozulmalar da azalmaktadır.

Düzenli egzersizler yaşlı sporcularda spor yapmayan gençlere ve akranlarına göre toparlanmayı hızlandırmakta, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunların daha az görülmesinde etkili olmaktadır.

Maksimal oksijen kullanımının(Dayanıklılığın,aerobik gücün ve fiziksel uygunluğun en iyi göstergesi) düzenli aerobik egzersizlerle kendi yaş gurubunun normlarına göre üst düzeylerde sürdürülmesi en düşük erken ölüm riskiyle orantılı bulundu.

- Fiziksel uygunluk, fiziksel aktiviteye göre sağlığın daha etkili göstergesidir.
- Diğer faktörler standardize edildiğinde fiziksel uygunluktaki artma , sigarayı bırakmayla birlikte sağlık durumunu en fazla iyileştiren etkiye sahiptir.

EGZERSİZ KRONİK HASTALIKLARIN OLUŞUMUNDA DEĞİŞTİRİLEBİLİR RİSK FAKTÖRÜDÜR

- Kalp-dolaşım sistemi hastalıkları.
- Şişmanlık.
- Kan basıncı yüksekliği.
- Kemik erimesi.
- Bazı tür kanserler(Kolon ve meme).
- Depresyon,anksiyete.
- Şeker hastalığı.

Yirmibirinci yüzyılda kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyle mücadelede majör yöntem Kardiyovasküler açıdan sağlıklı yaşam tarzına yönlendiren prevantif halk sağlığı hizmeti ve insanlara kardiyovasküler sağlıklarını korumaları için ne yapmalarının gerektiğini öğreten sağlık eğitimini içermelidir.Bu yaklaşım son 20 yılda çok etkili olmuştur: KVS mortalitede % 36 azalma saptandı.(Heart-2).

Bilimsel deliller kilo vermede en etkili yolun diyet+egzersiz olduğunu göstermektedir(8). egzersizlerin sürdürülmesi uzun süre düşük kiloda kalmanın en iyi belirleyicisi olmaktadır.(9,10).

Yaşlanmayı hızlandıran ve erken ölüm nedeni olan yukarıda belirttiğimiz hastalıkların oluşmasının önlenmesi ve tedavisinde düzenli egzersizler son yıllarda en önemli değiştirilebilir risk faktörü olarak kabul edilmektedir.

Düzenli yapılan etkili egzersizlerle, glikoz toleransı bozuk(Kandaki şeker düzeyi yüksek) kişilerde **DİYABET** oluşma oranı % 41-58 daha düşük bulundu.Metabolik Sendromun oluşma oranıysa % 41 daha az saptandı.Obezlerde kilo kaybı olmadan da insüline duyarlılık olumlu etkilendi.Orta şiddette egzersizler diyabetin önlenmesinde etkili bulundu.

Özellikle dayanıklılığı arttırmaya yönelik egzersiz programları Hipertansiyon(HTN) gelişmesini önlediği gibi,normal tansiyona sahip ve HTN'li hastalarda da kan basıncı değerlerini düşüren bir etkiye sahiptir.Akut veya kronik olarak yapılan egzersizlerden sonra HTN'li bir hastada 5-7 mmHg kan basıncı azalması saptanmaktadır. Egzersizlerin kan basıncını düşürmeyle ilgili etkilerinin kateşolaminlerin salgılanmasında sağladıkları azalma, periferik vasodilatasyon ,insüline duyarlılığın artması ve vasodilatatör ,vasokonstrütör çalışmadaki düzelmeler gibi nedenlerden kaynaklandığı ileri sürülmektedir.

2009 Tıp Nobel ödülü alan araştırmada kromozomların ucunda yer alan 6 nükleotid(TTAGGG)'in binlerce tekrarından oluşan telomer denen yapıların uzunluğunun hücrenin fonksiyonel ve yapısal özellikleriyle pozitif ilişkisi olduğu ortaya konmuştu.

Bu bulguların ışığında yapılan,CHERKAS LF ve ark. çalışmasında lökosit telomer uzunlukları(LTL) sağlıklı olma amacıyla yapılan fiziksel aktivite düzeyinin artmasıyla ilişkili bulundu ($p \leq 0.001$). Çok aktif kişilerin LTL'leri 200 nükleotid daha uzun bulundu($p=0.006$). İkiz olanlarda aktif olanların LTL'leri 88 nükleotid daha uzun bulundu($p=0.03$).Bu araştırma sonuçları egzersizlerin hücre fonksiyonları ve yapısı üzerine yaşlanmayı yavaşlatan etkilerinin genetik kanıtlarını da ortaya koymaktadırlar.

Egzersizlerin yaşam uzunluğuna etkisi diğer faktörler standardize edildiğinde genellikle 2 sene olarak bulunmaktadır.

Harvard üniversitesinde yapılan bir araştırmada 45-79 yaş arası 20,244 kişide 1993-1997 yılları arasında sağlıklı ilgili davranışlar için sorgulama yapıldı ve 11 yıl ölümler kaydedildi:Sigara içmeyen, egzersiz yapan, günde 5 veya daha fazla porsiyon meyve ve sebze tüketen, alkol alımı normal düzeyde olan kişiler,bunların hiçbirini yapmayanlara göre 14 yıl daha fazla yaşamaktadırlar.

KAYNAKLAR

- ERİKSEN G. Physical fitness and changes in mortality: the survival of the fittest. Sports Med 2001;31:571-6.
- ERİKSEN G., LİESTOL K., BJORNHOLT. Changes in physical fitness and changes in mortality. Lancet 1998;352:759-62.
- BLAIR SN., KOHL HW III., BARLOW CE. Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. JAMA 1995;273:1093-8.
- Lee IM, Skerrett PJ. Physical activity and all-cause mortality: What is the dose response relation? [discussion S493-4]. Med Sci Sports Exerc 2001;33:S459-71.
- NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. Obes. Res. 6(Suppl. 2): 51S–209S, 1998.
- MILLER, W. C., D. M. KOCEJA, and E. J. HAMILTON. A metaanalysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise, or diet plus exercise intervention. Int. J. Obes. 21:941–947, 1997.
- PRONK, N. P., and R. R. WING. Physical activity and long-term maintenance of weight loss. Obes. Res. 2:587–599, 1994.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. 1999 Heart and Stroke: Statistical Update. Dallas: American Heart Association. 1999. <http://www.amhrt.org>
- CHERKAS LF., HUNKIN JL. et al. The association between physical activity in leisure time and leukocyte telomere length. Arch Intern Med. 2008 Jan 28;168(2):154-8

İLERİ YAŞTA EGZERSİZİN FAYDALARI

Doç. Dr. İlker YAĞCI

Marmara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Toplumda yaşlanan nüfusun artması geçtiğimiz yüzyılda "sağlıklı yaşlanma" veya "başarılı yaşlanma" gibi kavramları ortaya çıkmasına neden olmuştur. Amaç yaşam süresinin uzatılmasının yanı sıra, insanları yaşlanmanın getirdiği fonksiyonel kayıbdan korumak ve yaşam kalitelerini artırmaktır. Bu amaçla en sık öne sürülen yaklaşımlardan birisi düzenli fiziksel aktivitenin yapılmasıdır. Bu yazıda düzenli fiziksel aktivitenin insan bedenine olan etkileri derlenecektir.

Yaşlılarda düzenli fiziksel aktivitenin mortalite üzerine etkisi pek çok büyük çalışmanın konusu olmuştur. Fried ve ark. mortalitenin %40 azaldığını ifade etmiş, Knoop ve ark. ise sağlıklı yaşlılarda yapılan SENECA ve FINE çalışmalarında benzer oranların olabildiğini ifade etmişlerdir (1,2). Framingham Kalp Çalışmasında, 50 yaşını aşmış sedanter kişilerde yaşam sürelerinin aynı yaşta ancak orta-ileri derece fiziksel aktivitesi olan kişilere göre 1.5-3 yıl arasında daha kısa olduğu gösterilmiştir (3). Yaşam süresinin sedanterlere göre fiziksel aktivite yapanlarda daha kısa olması egzersizin kardiyovasküler risk üzerindeki etkisine bağlanmıştır. Kırılgan yaşlılarda yapılan bir çalışmada ise düşük seviyeli fiziksel aktivitenin ölüm hızını yavaşlattığı ifade edilmektedir (4).

Koroner Kalp Hastalığından Koruyucu Etki

Egzersiz koroner kalp hastalığına bağlı ölümleri azalttığı bilinmektedir. Bu amaçla halk sağlığında primer koruma yöntemi olarak uygulanmaktadır. Sekonder koruma yöntemi olarak etkinliğinin araştırıldığı, 777 koroner kalp hastası erkek hastalar üzerinde yapılmış bir çalışmada ise orta derecede bir fayda sağladığı gösterilmiştir (5).

Lipid Profiline Etkisi

Yaşlılarda lipid profilini değiştirilmesi için tek başına egzersizden daha ziyade çok yönlü yaşam değişikliğinin yapılması gerekmektedir. Düzenli fiziksel aktiviteye ek olarak yağ tüketiminin azaltılması, lifli besin tüketimi ve kilo verilmesi önem taşır. Yalnız düzenli fiziksel aktivitenin etkisi bir kaç çalışmada değerlendirilmiştir. Petrella ve ark 10 yıllık kohortlarında aktif ve sedanter iki grubu karşılaştırmışlardır. LDL-kolesterol oranları aktif grupta %3.85, sedanter grupta ise %6.89 artarken, HDL-kolesterolün ise aktif grupta %9.09, sedanter grupta ise %18.18 azaldığı gösterilmiştir (6).

Vücut Bileşenlerine Etkisi

Yaşlılarda egzersiz yapılması yağ kütlelerinde %1-4 azalmaya neden olabilmektedir. Obezite üzerine olumlu etkileri üzerine yapılan bir çalışmada 50-75 yaş arası 173 kadına haftanın 5 günü 45 dakika süren bir egzersiz programı uygulanmıştır. Çalışma sonunda vücut ağırlığının, toplam yağ kütlelerinin, karın içi yağ kütlelerinin ve subkutan yağ dokusunun anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur (7). Burada önemli olan noktalardan bir tanesi yalnızca aşırı hipokalorik diyet yaparak zayıflayanlarda görülebilen sarkopenidir. Akılcı yaklaşım egzersiz ile ılımlı bir diyet programının bir arada uygulanmasıdır.

Tip 2 Diyabet Üzerine Koruyucu Etki

Özellikle yüksek diyabet riski olan kişilerde düzenli fiziksel aktivitenin bu riski azalttığı iyi bilinen bir durumdur. Hem dirençli hem de aerobik egzersizlerin yaptığı bu olumlu etki pek çok çalışma ile ispatlanmıştır. Orta yaşlı diyabetik olmayan insanlar üzerinde yapılan randomize kontrollü çalışma, yaşam stili değişikliğinin Tip 2 diyabet riskini metforminden daha etkin azalttığını göstermiştir (8). Bahçe işleri, bisiklet sürme gibi fiziksel aktivitelerin yaşlı erkeklerde kan şekeri düzeylerini azalttığı gösterilmiştir (9). Yaşlı kadınlar arasında boş vaktini fiziksel aktivite yaparak değerlendirenlerde diyabet gelişme riski azalmıştır (10). Diyabetikler içinse düzenli fiziksel aktivite kardiyovasküler olay sayısını azaltmakta, glisemik kontrolü kolaylaştırmaktadır (11,12).

İnmeden Üzerine Etkisi

Düzenli fiziksel aktivite ile inme arasında karşıt ilişki pek çok çalışma ile ispatlanmıştır. 31 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analizde egzersizin iskemik veya hemorajik inme üzerine orta derecede koruyucu olduğu bildirilmiştir (13).

Hipertansiyon Üzerine Olan Etki

İnaktivite hipertansiyon için bir risk faktörüdür. Aerobik egzersizlerin diyastolik ve sistolik kan basıncını düşürme üzerine olan etkileri meta-analiz düzeyinde kanıtlanmıştır. Dirençli egzersizler ise diyastolik kan basıncını düşürmektedir (14,15). 3 mmHg azalma kardiyak morbiditede %5-9, inmede %8-14 ve mortalitede %4 oranlarında düşmeye neden olduğu hesaplanmıştır (16).

Kanser Önleyici Etki

Egzersizlerin bazı kanserleri azalttığına yönelik yayınlarda son yıllarda artış söz konusudur. Epidemiyolojik çalışmalarda kolon kanserini azalttığına yönelik sonuçlar bildirilmektedir. Ancak bu risk azalmasını tek başına düzenli fiziksel aktiviteye bağlamak çok zordur. Muhtemelen düzenli fiziksel aktivite yapan insanların yaşam tarzı bu azalmayı sağlamaktadır (17). Kolon kanserinin yanı sıra meme kanseri ile ilgili de yayınlar bulunmaktadır (18). Diğer ilişkili olabilecek kanserler arasında ise prostat, akciğer ve endometrial kanserler sayılmaktadır (19).

Kemik Mineral Yoğunluğu ve Kırıklar Üzerine Etkisi

Egzersizlerin doğrudan fraktürler üzerine olan etkisi hakkında çalışmalar sınırlıdır, kemik mineral yoğunluğu (KMY) üzerine etkisi tartışmalıdır. Ancak egzersizlerin önemli bir etkisi düşmeleri azaltmasıdır. Bunu dengeyi artırma, reaksiyon zamanını kısaltma, alt ekstremité kas gücünde artış sağlayarak gerçekleştirir. Sonuçta oluşan etki kırık riskinde azalmadır. KMY üzerine yapılan meta analizler farklı sonuçlar vermektedir. Kelley ve ark femur boynunda anlamlı bir değişiklik saptamadıklarını, Wolff ve ark anlamlı bir etkinin olmadığını bildirirken, Wallace ve Cumming lomber omurgada pozitif etkinin olduğunu söylemektedir (20-22). Bu farklılıkların fiziksel aktivitenin tipine bağlı olduğu düşünülebilir. Yüzme gibi aktiviteler KMY üzerinde minimal etkisi varken, koşma gibi yüksek temaslı ve yük bindiren aktivitelerde bu etkiler daha fazladır. Ancak sonuç olarak fiziksel aktivitenin kalça kırığına olan risk azalması bir meta-analizde erkeklerde %45 kadınlarda %38 olarak hesaplanmıştır (23). Bu etki KMY artışı yanında diğer faktörlerle de ilgilidir. Örneğin Tai Chi egzersizlerinin yaşlılarda düşmeyi azaltıp fiziksel performansı artırdığı bildirilmektedir (24).

Bilişsel Fonksiyonlara Etkisi

Alzheimer Hastalığı düzenli fiziksel aktivitenin faydalarının görüldüğü bir başka durumdur. Yüksek fiziksel aktivitenin Alzheimer hastalığı insidansını azalttığına yönelik büyük çalışmalar vardır (25, 26).

Sonuç olarak düzenli fiziksel aktivite yaşlılarda major sağlık sorunlarının çoğunda koruyucu sağlık yöntemi ve önemli bir tedavi edici ajan olarak düşünülmelidir. Ancak tek başına değil bir yaşam tarzı içerisinde değerlendirilmeli ve kişiye özgün egzersiz programları ile bu tedavi edici veya koruyucu etkinin açığa çıkması sağlanmalıdır. Maksimum faydanın sağlanması konusunda yapılacak çalışmalar geleceğe yön verecektir.

KAYNAKLAR

1. Fried LP, Kronmal RA, Newman AB et al. Risk factors for 5-year mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. JAMA1998; 279: 585–92.
2. Knoop KT, de Groot LC, Kromhout D et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. JAMA 2004; 292: 1433–9.
3. Franco OH, de Laet C, Peeters A, Jonker J, Mackenbach J, Nusselder W. Effects of physical activity on life expectancy with cardiovascular disease. Arch Intern Med 2005; 165: 2355–60.
4. Landi F, Cesari M, Onder G, Lattanzio F, Gravina EM, Bernabei R. Physical activity and mortality in frail, community-living elderly patients. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004; 59: 833–7.
5. Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Physical activity and mortality in older men with diagnosed coronary heart disease. Circulation 2000; 102: 1358–63.
6. Petrella RJ, Lattanzio CN, Demeray A, Varallo V, Blore R. Can adoption of regular exercise later in life prevent metabolic risk for cardiovascular disease? Diabetes Care 2005; 28: 694–701.
7. Irwin ML, Yasui Y, Ulrich CM et al. Effect of exercise on total and intra-abdominal body fat in postmenopausal women: a randomized controlled trial. JAMA 2003; 289: 323–30.
8. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE et al. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002; 346: 393–403.
9. Van Dam RM, Schuit AJ, Feskens EJ, Seidell JC, Kromhout D. Physical activity and glucose tolerance in elderly men: the Zutphen Elderly study. Med Sci Sports Exerc 2002; 34: 1132–6.
10. Folsom AR, Kushi LH, Hong CP. Physical activity and incident diabetes mellitus in postmenopausal women. Am J Public Health 2000; 90: 134–8.

11. Hu FB, Stampfer MJ, Solomon C et al. Physical activity and risk for cardiovascular events in diabetic women. *Ann Intern Med* 2001; 134: 96–105.
12. Evans EM, Racette SB, Peterson LR, Villareal DT, Greiwe JS, Holloszy JO. Aerobic power and insulin action improve in response to endurance exercise training in healthy 77–87 yr olds. *J Appl Physiol* 2005; 98: 40–5.
13. Wendel-Vos GC, Schuit AJ, Feskens EJ et al. Physical activity and stroke. A meta-analysis of observational data. *Int J Epidemiol* 2004; 33: 787–98.
14. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 136: 493–503.
15. Cornelissen VA, Fagard RH. Effect of resistance training on resting blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2005; 23: 251–9.
16. Cook NR, Cohen J, Hebert PR, Taylor JO, Hennekens CH. Implications of small reductions in diastolic blood pressure for primary prevention. *Arch Intern Med* 1995; 155: 701–9.
17. Friedenreich C, Norat T, Steindorf K et al. Physical activity and risk of colon and rectal cancers: the European prospective investigation into cancer and nutrition. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15: 2398–407.
18. Friedenreich CM, Thune I, Brinton LA, Albanes D. Epidemiologic issues related to the association between physical activity and breast cancer. *Cancer* 1998; 83: 600–10.
19. Friedenreich CM, Orenstein MR. Physical activity and cancer prevention: etiologic evidence and biological mechanisms. *J Nutr* 2002; 132: 3456S–64S.
20. Kelley GA, Kelley KS. Exercise and bone mineral density at the femoral neck in postmenopausal women: a meta-analysis of controlled clinical trials with individual patient data. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 760–7.
21. Wolff I, van Croonenborg JJ, Kemper HC, Kostense PJ, Twisk JW. The effect of exercise training programs on bone mass: a meta-analysis of published controlled trials in pre- and postmenopausal women. *Osteoporos Int* 1999; 9: 1–12.
22. Wallace BA, Cumming RG. Systematic review of randomized trials of the effect of exercise on bone mass in pre- and postmenopausal women. *Calcif Tissue Int* 2000; 67: 10–8.
23. Moayyeri A. The association between physical activity and osteoporotic fractures: a review of the evidence and implications for future research. *Ann Epidemiol* 2008; 18: 827–35.
24. Suzuki T, Kim H, Yoshida H, Ishizaki T. Randomized controlled trial of exercise intervention for the prevention of falls in community-dwelling elderly Japanese women. *J Bone Miner Metab* 2004; 22: 602–11.
25. Laurin D, Verreault R, Lindsay J, MacPherson K, Rockwood K. Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol* 2001; 58: 498–504.
26. Larson EB, Wang L, Bowen JD et al. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Ann Intern Med* 2006; 144: 73–81.

YAŞLILIK DÖNEMİNDE FİZİKSEL AKTİVİTE VE EGZERSİZ ÖZELLİKLERİ

Doç. Dr. Kutay GÖKKAYA

Yaş alma, tüm canlıların yaşamında olduğu gibi insan yaşamının da kaçınılmaz bir parçasıdır. Fizyolojik olarak tüm sistemlerde devam eden bu süreç, aslında yaşlanan kişinin genetik faktörleri, kronik patolojileri ve davranış tarzını da içeren birçok detaydan etkilenmektedir. Tüm bu değişkenlerin yanında gözlenen fizyolojik rezervde azalma, yaşlanan kişinin kardiyopulmoner dayanıklılığında, kas kütlesi ve gücünde, postüründe, yürüme stabilitesinde, eklem esnekliğinde ve enerji metabolizmasında azalma ile karakterizedir. Yaşlanma sürecinde tanımlanan sistemlerdeki bozulma, yaşlılarda günlük aktivitelerini gerçekleştirebilmek için maksimum fizyolojik rezervlerinin daha da fazlasını kullanmalarını ve daha hızlı tüketimi beraberinde getirir. Özellikle kas kütlesinde ve gücünde azalma, kas liflerinde tip değişiklikleri, artan adipoz doku ile tanımlanan sarkopeni yaşlanma sürecinin en önemli problemlerindendir. Bununla daha aşikar hale gelen kas kütle kaybı maksimal oksijen tüketimi (Vo2 max) ile sıkı ilişkilidir. Maksimal oksijen tüketimi ise kardiyopulmoner sistem ve fiziksel dayanıklılık ile ilişkidir. Ayrıca eşlik eden diğer hastalıkların durumunda fiziksel kapasite düşer ve fonksiyonel rezerv kaybı belirginleşir. Fizyolojik ve fonksiyonel rezervdeki bu düşüş eğer esneklik, germe, güçlendirme (aktif asistif ve aktif) ve aerobik egzersizler ile desteklenirse mortalite ve morbiditede belirgin azalmaya yardımcı olmasının yanında birçok açıdan sistemlerde yeniden düzenlenme ve yapılanmaya yardım eder.

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

Yaşam Tarzı Değişiklikleri

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

Amaca yönelik egzersiz özelliklerinin ve tiplerinin belirlenmesi

Egzersiz bileşenleri, bütün yaş gruplarında olduğu gibi

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

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

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

Dayanıklılık (Endurans) Egzersizleri

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

Ancak dikkat edilmesi gereken husus, yaşlı bireylerde sıklıkla rastlanan bradikardi eğiliminin (β bloker ilaçlara bağlı veya doğal olarak bulunan) maksimal kalp hızı hesaplamalarında (220-yaş olarak hesaplanır) hataya neden olmasıdır. Egzersiz tipi, sigara kullanımı, kahve çay alışkanlığı da kalp hızını etkileyebilir.

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

Güçlendirme Egzersizleri

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

Güçlendirme egzersizleri için çok çeşitli protokoller uygulanmaktadır. Bunların en etkillilerinden biri 1-3 set olarak yapılabilen 8-12 hareket içeren çalışma programıdır. Setler arasında 1-3 dakikalık duraklamalar yapılabilir. Program gün aşırı ve iki günde bir olarak başlayabilir. Uygulanması gereken ağırlık kişinin kaldırabildiği en fazla ağırlığın %40 ile 50'si olarak belirlenmelidir. Programlar aralıkları 8., 12., 16., 21., 24. ve 36. haftalar olabilir. Bu aralarda değerlendirmeler yeniden yapıp ağırlıklarda değişiklikler yapılabilir.

Germe Egzersizleri

Yaşlı bireyin egzersizlerinin önemli komponentlerinden bir de esneklik ve germe egzersizleridir. Bu egzersizler üst ekstremité, gövde ve alt ekstremité kaslarında ayrı ayrı yapılmalıdır. Egzersiz sonrası ağrıya sebep olmamalı ve özellikle hafif bir ısınma periodunu takiben uygulanmalıdır. Genel olarak “ger ve tut” prensibine dayalı olarak üç- beş saniye kadar gerilmeli ve bırakılmalıdır. Bunun yanında esnetme ve yaylanma uygulanmamalıdır. Giderek esneklik arttıkça hem germe süresi hem de hareket sayısı artırılmalıdır.

Bazı hastalıklarda önerilebilecek reçete örnekleri aşağıda tanımlanmıştır.

Egzersiz Reçetesi

1. Yaşam Tarzı Değişikliği

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

2. Aerobik Egzersiz

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

3. Esneklik Egzersizleri

- Sırt, bel, hamstring, gastrocnemius kaslarını ve aşıl tendonlarını her sabah 15 dakika tanımlanan şekilde ger ve doktorunuzun size verdiği ve tanımladığı germe egzersizlerini haftada yedi gün yap.)
- Uygulayabileceğin ortam mevcutsa fizik tedavi ve rehabilitasyon doktoruyla görüşerek başlangıç düzeyinde yoga videolarını kullan, her hafta bir gün yaklaşık 40-60 dakika olarak ekleyebilirsiniz

4. Güçlendirme Egzersizleri

- Her gün 20 dakika, haftada iki gün, bulunduğunuz bölge/mahalle/semte yaşlılar merkezi mevcutsa ana kas gruplarını içeren egzersiz aletleri ile ya da reçetesini aldığınız şekliyle güçlük düzeyi değişen elastik bantlarla yap.
- Her gün televizyon seyredirken 1 set 10 tekrar olacak şekilde, toplam 3 set olarak özellikle gövde ana grup kaslarını içeren abdominal kas ve sırt ekstansörleri içerecek şekilde yap.

Bazı Hastalıklarda Dikkat Edilmesi Gereken Egzersiz Önerileri:

Hipertansiyon

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

Diabetes mellitus

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

Obezite

- Düşme ve yaralanmalar obez kişilerde daha sıklıkla görüldüğü için bu durumlar açısından dikkatli olunmalıdır.
- Egzersizler haftada (beş-yedi gün, kırk-altmış dakika arasında) uygulanmalı.

Kronik Solunum Hastalıkları

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

Sonuç

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

Sonuç olarak yaşlı bireye ait egzersiz programları kişiye özel olmalıdır. Yaşam modifikasyonlarını içermeli, programı bireyin komorbiditelerine, yaşam tarzına uygun olmalı ve birey tarafından onaylanmalıdır. Kolay anlaşılabilirliği ve takibi için yazılı ve görsel materyallerle zenginleştirilmeli, kişisel programlar yanında grup programlarını da içermelidir.

REFERANSLAR

1. American Geriatrics Society Panel on Exercise and Osteoarthritis. Exercise prescription for older adults with osteoarthritis pain: consensus practice recommendations JAGS 2001;49(6):808-823.
2. Mazzeo R.S., Tanaka H. Exercise prescription for the elderly Sports med 2001; 31(1):809-818.
3. Latham N., Anderson C., Bennet D., Stretton C. Progressive resistance strength training for physical disability in older people (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, issue 2. 1-29.
4. McDermott AY., Mernitz H. Exercise and older patients. Am Fam Physician 2006; 74(3): 437-44.
5. Hautier C., Bonnefoy M. Training for older adults Annales de readaptation et de medicine physique 2007;50: 475-479.
6. Zamboni M., Mazzali G., Fantin F., Rossi A., Di Francesco V. Sarcopenic obesity: a new category of obesity in the elderly Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Dis 2008; 18:388-395.

İLERİ YAŞA UYGUN SPORLAR

Doç. Dr. Metin ERGÜN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Spor Hekimliği Anabilim Dalı

Ülkemizde 2000 yılı Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre 65 ve daha yukarı yaş nüfus toplam nüfusun yüzde 5.7'sini oluşturmaktadır. Bu oranlar Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde %10-13 kadardır. Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye'de de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir. Halihazırda gelişmiş ülkelerde görülen yaş dağılımına benzer bir yapıya, ülkemizin bu yüzyılın ortasına doğru ulaşacağı öngörülmektedir. Dolayısıyla sağlıklı veya başarılı yaşlanmaya yönelik gelişmiş ülkelerdeki mevcut uygulamaların, ülkemizde de en kısa zamanda harekete geçirilmesi gelecek yıllarda karşılaşılabilecek sorunların en aza indirgenmesinde çok önemli olacaktır.

Sağlıklı yaşlanma için en büyük tehdit hareketsizlik yani sedanter yaşamdır. Literatürde 1980'li yıllardan itibaren düzenli egzersizin fiziksel, sosyal, psikolojik ve bilişsel faydalarını gösteren binlerce çalışma mevcuttur. Düzenli ve orta şiddetteki egzersizlerin yaşlanma hızını ve kronik hastalık riskini yarı yarıya azaltabildiği bilinmektedir. Bu konuda toplumsal bilinç gelişmekle birlikte yaşlı bireylerin ancak %14'ünün yeteri kadar aktif olduğu da gerçektir. Aslında yaş bir engel değildir. Egzersize başlamanın yaşı yoktur ve her yaş grubu için uygun egzersiz programları mevcuttur. Ayrıca, geçmişte düzenli spor yapmamış olmak egzersizin olumlu etkilerinden faydalanmak anlamında dezavantaj oluşturmamaktadır.

Sporun ve spor organizasyonlarının genç insanların işi olduğu, yaşlandıkça vücudun aşırı korunması gerektiği, sağlık ve zindelik ile sadece gençliğin ilişkili olabileceği gibi bazı toplumsal algıların yanısıra örnek olma adına aktif ve sportif yaşlıların, master veya veteran spor organizasyonlarının gerek görsel ve gerekse de yazılı basında hak ettikleri kadar yer almamaları, yaşlıları sadece onlara verilen veya biçilen toplumsal rolü oynamaya itmektedir. Yaşlı bireylerde yapılan bir çalışmada özgüven ve sosyal destek eksikliğinin fiziksel aktivite için en önemli iki engel olarak görüldüğü ortaya çıkmıştır. Halbuki yaşlı bireyler fiziksel aktivitenin sağlığa olan faydaları konusunda birbirini bilgilendirme yapıldığında ve hekim tarafından mevcut kronik hastalığının tedavisinde faydalı olacağı düşüncesiyle tavsiye edildiğinde egzersize katılımları yüksek olmaktadır. Dolayısıyla motivasyonun, algıların değiştirilmesinin ve toplumsal desteğin sağlanmasının bu oranların artırılmasında fayda sağlayacağı açıktır.

Daha sağlıklı yaşam amacıyla düzenli egzersiz yapan yaşlıların ötesinde yaşlı sporcu sayısı ve organizasyonları giderek artış göstermektedir. Örneğin, 2005 Edmonton Dünya Masterlar Oyunları'na 30-90 yaş arası 16.000 sporcu katılmış ve basketboldan buz hokeyine, halterden yüzmeye kadar 29 farklı spor branşında yarışmalar düzenlenmiştir. İlginç olarak, katılan sporcuların arasında eskiden olimpiyatlara katılmış sadece birkaç sporcu yer almaktadır. Bu oyunlar yaz olimpiyatlarından daha büyük bir organizasyondur. Katılanların hepsi madalyaya uzanamamakla birlikte yarışmada kendilerinin en iyi performanslarını sergilemeye çalışmışlardır. 2002 Melbourne Dünya Masterlar Oyunları'nda Avustralya'lı sprinter 99 yaşındaki Charlie Booth altın madalya kazanmıştır. Bu başarıyı sürati değil +95 kategorisinde tek katılan sporcu olması özelliği sağlamış olsa da tebrikleri fazlasıyla hak etmişti. Kavanagh ve Shephard, 1985 Dünya Veteran Oyunları'nda katılım nedenlerini sırasıyla şöyle saptadılar; %92.8 bir gruba ait olmak, %90 ruhsal durumunun iyileşmesi, %54 fiziksel uygunluk. Dolayısıyla amaç kazanmak için bütün gücünü harcamak değildi. Herkes kendi kapasitesini ölçme merakını gidermiş oluyordu ve sosyal ilişkiler de çok önemliydi. Yaşlı sporcular yaptıklarının sağlıkları için ne ifade ettiğini doğal olarak biliyorlar. Ancak, daha çok aldıkları zevki önemsediklerini, bir sonraki yarışmayı sabırsızlıkla bekleyeceklerini ve bunun için daha çok çalışacaklarını ifade ediyorlar. Bu durum, algının nasıl değişebileceğinin ve düşünce veya söylem düzeyinden harekete geçilmesinin nerelere varabileceğinin göstergesidir.

Yukarıdaki örnekler ve saptamaların temel amacı fiziksel olarak uygun olduğunda yaşlı bireylerin neler yapabileceklerini ifade edebilmektir. Gençlerde olduğu gibi her aktivitenin her yaşlı birey için uygun olmayacağı açıktır. Fiziksel aktivite planlamasında en önemli iki kişi doğal olarak sağlık durumu hakkında bilgi sahibi olan bireyin kendisi ve hekimidir. Egzersizlere başlamadan önce mutlaka tıbbi muayene ve değerlendirmeden geçilmesi önerilmektedir. Hekim tarafından mevcut veya olası sağlık sorunlarına ve ilaç kullanımına göre egzersiz içeriği, süresi, sıklığı ve sportif düzey modifiye edilecektir. İleri yaştaki kişilerin yüksek kondisyona ve performansa sahip olmalarından çok güvenli, düzenli ve yeterli egzersiz yapıp yapmamaları önemlidir. Jogging, yürüme, yüzme, bisiklet ve diğer büyük kas kitlesinin kullanıldığı spor türleri öncelikle tercih edilmelidir. Kişinin sağlık ve fiziksel uygunluk durumuna göre temas içeren bireysel veya takım sporları tercih edilecek ise aşırı yüklenmeden kaçınmak ve yaralanma riskini azaltmak için aynı yaş grubuyla birlikte yapılmalıdır. Yaralanmalardan kaçınma ve kardiyovasküler sorunla karşılaşmamak adına egzersizin ısınma ve soğuma bölümlerine özel önem verilmeli ve egzersizin ana bölümünde aşırı yüklenmelerden kaçınılmalıdır.

YAŞLANAN DERİDE İZLENEN DEĞİŞİKLİKLER**Prof. Dr. İdil ÜNAL***Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı*

Yaşlanma bildiğimiz gibi ilerleyen zamanla ortaya çıkan, tüm organları etkileyen progresif, kompleks bir süreçtir. Deri Yaşlanması iki şekilde gerçekleşir; intrinsek deri yaşlanması: kişinin genetik alt yapısı ile ilişkili, fizyolojik deri yaşlanmasıdır, ekstresek yaşlanma: ultraviyole (UV), sigara, aşırı alkol kullanımı, yetersiz beslenme ve olumsuz çevre faktörleri gibi nedenlere bağlı olarak gelişir. Yaşlanan deride görünümdeki başlıca değişiklikler kuruluk, kırışma, gevşeklik ve çeşitli benign tümöral oluşumlardır.

Yaşla beraber derinin bazı fonksiyonlarında belirgin azalmalar saptanır. Bunlar başlıca hücre yenilenmesi, hasara yanıt, bariyer fonksiyonu, kimyasal temizlenme, duyu algılanması, mekanik korunma, İmmün yanıt, vasküler yanıt, termoregülasyon, ter üretimi, sebum üretimi, D vitamini üretimi fonksiyonlarıdır. Derinin tüm tabakalarında yaşlanma ile beraber o tabakaya özgü değişiklikler görülmektedir. Bunlar Tablo 1 de özetlenmiştir.

Epidermis	Dermis	Ekler
Yassılaştırmış dermoepidermal bileşke	Dermal hacim azalması	Depigmente saçlar
Değişken kalınlık	Azalmış fibroblastlar	Saç kaybı
Değişken hücre büyüklüğü ve şekli	Azalmış mast hücreleri	Terminal saçların vellusa dönüşü
Nadir nükleer atipi	Azalmış kan damarları, kısa kapiller loop	Tırnak değişiklikleri
Azalmış melanositler Azalmış langerhans h.leri	Anormal sinir uçları	Bezlerde azalma

Tablo 1: Derinin katlarında yaşlanmaya sekonder izlenen değişiklikler.

Derinin fotoyaşlanması deri yaşlanmasının en çarpıcı kısmını oluşturur. Foto yaşlanma sonucu deride dispigmentasyon, laksite, sarımsı renk, derin kırışıklıklar, telenjiyektazi, kutanöz maligniteler izlenir.

UV ışını maruziyeti lokal ve sistemik immünsupresyon nedenidir. Langerhans hücreleri sayısal, fonksiyonel ve morfolojik değişikliklere uğramaktadır. UV ye maruz kalmış deride azalmış kontakt hipersensitivite yanıtı saptanmıştır. UV ye bağlı immünsupresyonda DNA hasarının ve değişmiş sitokin sunumunun da rolü vardır. İmmünsupresif sitokin IL-10 un da güneş ışını maruziyeti sonrası arttığı bildirilmiştir.

Fotoyaşlanmış deride kollajen üretimi azalmıştır, UV maruziyetinden hemen sonra prokollajen üretimi azalır. Fibroblastların bozulmuş dağılımı ve degrade kollajene yapışmasının zayıflaması buna katkıda bulunabilmektedir. UV ışını derideki retinoid reseptörlerinin sunumunu hızla azaltır, AP-1 aktivitesinde artış, MMP aktivitesinde artış ile progressif olarak kötüleşen foto hasar izlenir.

Östrojenler deri yaşlanmasını deri kalınlığını, deri kırışmasını ve nemini etkileyerek önlerler. Deri eklerine de etkileri vardır; gebelik sırasında saçların büyümesi hızlanır, menopozda saç kaybı olur. Postmenopozal senelerde kemik dansitesi azaldığı gibi deri kalınlığında ve kollajen miktarında hızlı bir azalma gözlenmektedir. Her sene deri kollajeninde %2.1 deri kalınlığında ise %1.13 oranında azalma saptanmıştır. Çeşitli hormon replasman tedavileriyle deri kalınlığında ve deri kollajen miktarında belirgin artış birçok çalışmada gösterilmiştir.

Sigaranın da deri yaşlanmasına direkt etkisi kanıtlanmıştır. Nikotinin diüretik etkisi ile str.korneum nemi azalır. Sigara içenlerde MMP-1 oranlarında artış saptanmıştır. Güneşin neden olduğu değişiklikler papiller dermada daha belirginken sigara ile retiküler dermiste belirgin bulunmuştur. Etki mekanizmaları plazma retinol düzeyini düşürmesi, lokal dermal etkiyle kapiller ve arteriyel kan akışını yavaşlatarak dermal iskemiye neden olması, antiöstrojenik etkisi, mekanik faktörler, sigara dumanındaki benzen, antrazen, fenol, serol gibi aromatik substanslar olarak özetlenebilir.

Derinin çevresel ajanlara örneğin UV, iyonizan radyasyon, oksijen, ozon ve petrokimyasal kirliliğe maruz kalması çeşitli metabolik süreçlerde normalde hücre içinde oluşan oksidatif stresin artmasına neden olur. Yoğun oksidatif stres selüler antioksidan mekanizmayı bozar, hücre ve doku yaşlanmasına neden olur, bu fotoyaşlanmada daha belirgin olarak izlenir. Deri yaşlanmasında derinin telomer uzunluğu yaşlanmayı direkt olarak etkileyen unsurlardandır. Epiderminin dermisten daha kısa telomer uzunluğuna sahip olduğu, epidermis ve dermiste yaşla beraber telomer uzunluğunun azaldığı, fakat bunun umulmadık bir şekilde güneşle etkilenmediği gösterilmiştir. Aynı yaşta değişik uzunluklar yaşlanmada sadece yaşın etkili olmadığını, yaşam tarzı ve genetik faktörlerin de etkisini bir kez daha ortaya çıkarmaktadır. İyi beslenmenin, düzenli egzersizin, iyi uykunun, stresten uzak yaşamının derinin yaşlanmasını geciktirdiği iyi bilinmektedir.

DERİ YAŞLANMASI GECİKTİRİLEBİLİR Mİ?

Doç. Dr. İlgen ERTAM

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

İnsan ömrünün uzaması, genç görünümün uzun süre korunması için çeşitli yöntemlerin geliştirilmesini de beraberinde getirmiştir. Tıbbi teknolojiye gelişmeler ile yaşlanma ile deride ortaya çıkan değişikliklerin önlenmesi veya ortadan kaldırılması için çeşitli invaziv ya da non-invaziv yöntemler kullanılmaktadır.

Deri yaşlanması intrensek ve ekstrensek faktörlere bağlı ortaya çıkmaktadır. İntrensek faktörler genetik ile ilişkili olup en azından şimdilik önüne geçilememektedir. Yaşlanma karşıtı yöntemler daha çok ekstrensek faktörlerin etkilerinin azaltılmasına yöneliktir. Antiaging tedavide amaç daha gergin, parlak, pürüzsüz lekesiz bir deri yapısının elde edilmesidir.

Deri yaşlanmasının geciktirilmesinde optimal sonucu elde etmek için hastaların dermatologlarca değerlendirilmesi, derinin ihtiyaçlarının belirlenmesi, güvenli ve etkili kozmetik yöntemin seçilip uygulanması gerekmektedir.

Deri yaşlanmasının geciktirilmesinde kullanılan yöntemleri topikal tedavi, sistemik tedavi ve girişimsel tedavi yöntemleri olarak inceleyebiliriz: Topikal tedavi yöntemlerinde derinin düzenli bakımı, temizliği, nemlendirilmesi ve güneşten korunması, retinoid, antioksidan (E, C vitamini, selenyum), koenzim Q, alfa hidroksi asitler, beta karoten, N-furfuryladdenin gibi maddeler kozmesötikler içinde yer almaktadır. Sistemik tedavi yöntemleri, antioksidanları ve hormonları (estradiol, testosteron) içermektedir.

Girişimsel yöntemler ise, yüzeysel, derin kimyasal soyma işlemi, botoks uygulamaları, lazerle deri yenileme, roller, PRP (platelet rich plasma), mezoterapi olarak sıralanabilir.

Sonuç olarak, deri yaşlanmasının geciktirilmesi günümüzde oldukça popüler olup buna paralel olarak da kozmesötik sektörü de gelişmekte, her geçen gün yeni bir ürün tanıtılmaktadır. Kozmesötik içerisinde bulunan etken maddenin stabilizasyonu kadar deriden yeterince emilimi de sonuçları etkilemektedir. Bu nedenle uygun yöntem ve ürünün seçilmesi bilinçli yapılmalıdır.

İLERİ YAŞTA SIK GÖRÜLEN DERMATOZLAR

Prof. Dr. Tuğrul DERELİ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

İleri yaşlarda sık görülen deri hastalıkları hakkında Türkiye’de kaleme alınmış pek az yayın vardır. Bunlardan biri de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniği’nde 1995-200 yılları arasında yatarak tedavi görmüş hastaların derlendiği bir çalışmadır. Bu çalışmaya göre bu süre içerisinde 3.410 hasta yatmış, bunların 426 sı (%12.5) 65 yaş ve üzeri hastalar teşkil etmiş. Kadın erkek oranı eşit olan bu grupta en sık enfeksiyöz hastalıklar, başta mantar ve viral hastalıklar olmak üzere, daha sonra derinin prekanseröz ve kanserleri görülmüş.

İleri yaş grubunda mantar hastalıkları içerisinde onikomikoz (tırnak mantarı) ve tinea pedis (ayak mantarı) sık görülmektedir. Bunun nedeni çeşitli nedenlerle bağışıklığın zayıflaması ve abdest almak gibi nedenlerle de ayakların ıslak kalmasıdır. Viral hastalıklar içerisinde de Zona zoster en sık görülmektedir. Yine bağışıklığın bozulması bu herpetik hastalığın oluşmasında büyük etkindir. Deri kanserleri içerisinde bazal hücreli karsinom özellikle 60 yaş sonrası grupta sıklaşmaktadır. Kümülatif ultraviyole miktarı bunda önemlidir. Derinin otoimmün büllöz hastalıkları, pemfigus vulgaris ve büllöz pemfigoid de morbidite ve ilaca bağlı mortaliteler nedeniyle önemli geriatrik yaş grubu hastalıklarındandır.

İLERİ YAŞTA İŞİTME KAYIPLARI VE İŞİTME CİHAZI KULLANIMI

Dr. Gül CANER MERCAN

Toplumda geriatric popülasyon arttıkça ileri yaşta ortaya çıkan işitme kaybından yakınan hasta sayısı da artmaktadır. Yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkan işitme bozukluklarına “presbiakuzi” denilmektedir. Bu tür işitme bozuklukları sensorinöral tipte olup, yani hem alıcı organ yani koklea ve hem işitme siniri ve bazen de daha üst merkezlerdeki dejenerasyondan kaynaklanmaktadır.

Geriatric yaş grubunda görülen nörodejeneratif değişiklikler nedeniyle bu yaş grubunda işitme bozukluklarının erken farkedilmesi hayat kalitesinin yüksek tutulması ve zihinsel yaşlanmanın geciktirilmesi bakımından önemlidir. Hastaların çevre sesleri algılayamamaları ve işitsel uyarının yetersizliğine bağlı olarak gelişen santral sinir sistemindeki dejenerasyon ve algı kusurları nedeni ile kazalara açık hale gelmeleri söz konusu olmaktadır.

Normal bir işitme için ses dalgalarının kulak zarına ulaşması, zarı titreştiren sesin orta kulaktaki kemikçikler aracılığıyla iç kulağa iletilmesi gerekir. Bu işitmenin iletim aşamasıdır. İletilen ses iç kulaktaki sıvıyı dalgalandırarak buradaki tüylü hücreleri uyarır ve bu hücrelerden kalkan uyarılar işitme sinirine gönderilir. Bu aşama da işitmenin alıcı aşamasıdır. İleri yaşta işitme kaybının nedeni öncelikle iç kulakta koklea içinde yer alan dış tüylü hücrelerde hasarlanma ve bazen de bunun ötesine giderek işitme siniri ve daha üst işitme merkezlerinin dejenerasyonuna bağlıdır. Yıllar boyunca iç kulakta sesi ilk algılayan hücreler olan dış tüylü hücreler zamanla özelliklerini kaybetmeye başlarlar ve iç kulağa ulaşan ses dalgası bir sonraki basamak olan işitme sinirine ulaşamaz. Diyabet, ateroskleroz ve sinir dokusunu etkileyen diğer hastalıklar tüm işitme yolları boyunca farklı düzeylerde hasara yol açarak işitme kaybının daha hızlı ilerlemesine neden olabilir.

Presbiakuzili hasta ya doğrudan kendi iradesi bazen de yakınlarının zorlamasıyla doktora başvurur. Genellikle ilk yakınma sesleri duyma fakat söylenenleri anlayamama şeklindedir. Daha ilerlemiş durumlarda sesi işitmekte zorluk ancak buna karşın “rekrütman” dediğimiz belli bir şiddetin üzerindeki seslerden de rahatsız olma şeklinde de kendini gösterir. Kulak çınlaması da sıklıkla bu yakınmalara eşlik eder.

Hastaya yaklaşımda tam bir KBB bakışı sonrasında işitme kaybının nedenini ve derecesini saptamak için odyometri denilen işitme testlerini kullanılmaktadır. Saf ses odyometrisinde hastanın belli frekanslarda işitebildiği en düşük ses düzeyi saptanır ve bu eşikler “odyogram” denilen cetvele kaydedilir. Ayrıca özel hazırlanmış kelime listeleri hastanın rahat duyabileceği şiddette okunarak konuşmayı ayırtma yüzdesi belirlenir. Presbiakuzide önemli bir sorun hastanın genellikle sesleri duyup konuşmayı anlayamadığını ifade etmesi olduğundan konuşmayı ayırtma testleri sorunun derecesini saptamada çok önemlidir.

İşitme kaybı genellikle yüksek frekanslarda yani tiz seslerde başlar ancak bu bir kural değildir ve tüm frekansları ya da belli bir grup frekansı da etkileyebilir. 40 yaşından sonra işitme hücrelerindeki bozulma hızlanır. 29-40 yaş arası %7.4, 41-59 yaş arası %14.6, 65-84 yaş arası %33 ve 85 yaş üstü %66 kişide işitme kaybı vardır. 60 yaş üzeri erkeklerde konuşmayı anlama skorları 10 yılda bir %13 azalmaktadır. Kadınlarda bu oran %3’tür.

İşitme kaybına tepki fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel olabilir. Yaşam kalitesi işitme kaybı hastada daha düşüktür. Tedavi edilmemesi halinde üzüntü ve depresyon, endişe, paranoya, daha az sosyal aktivite, güvensizlik hissine yol açar. Bu sıkıntılar işitme kaybının derecesiyle doğru orantılıdır. Çünkü işitme kaybı bir iletişim bozukluğudur. İletişimin önemi nedir? Bağımsızlık sağlar, düşünmeyi uyarır, sosyal çevre oluşumunu sağlar, iyilik halini artırır, değişime uyumu kolaylaştırır, yaşamdaki aktivitelere katılımı sağlar.

Bir kimsede işitme kaybı olduğu zaman kimi etkiler? Herkesi. Ailede bir kişide işitme kaybı varsa, bütün ailede işitme kaybı var demektir (Mark Ross). Çünkü iletişim çift yönlü bir yoldur. İletişim koptuğunda hem dinleyen, hem de konuşan sorun yaşar. Çünkü ikisi de iletişime katılır ve dolayısıyla ikisi de çözümün bir parçası olmalıdır.

İletişim kurduğunuz kişide olası işitme kaybını düşündüren belirtiler sık sık söz tekrarlama istemesi, uygun olmayan yanıtlar vermesi (anlamış gibi yaparak), grup içinde sıkıntı yaşamaması, dinlerken yüzde sorar bir ifade, göz çevresinde gerilme, daha iyi işitmek için başını çevirmesi, sosyal ortamlara girmekten kaçınması, çok alçak ya da çok yüksek sesle konuşması, TV ve radyonun sesini çok açması, başkalarını mırıldanmakla suçlaması olabilir. Kişinin sorun yaşadığı alanlar ise telefonda konuşmayı anlamak, araba seyahati sırasında karşılıklı konuşmak, uyarı sinyallerini duymak, insanların fısıltıyla konuşması, TVdaki sesler, restoran gib kalabalık ortamlarda konuşmayı anlamak, başka bir odadan konuşmak, konuşan kişinin yüzünü görememek, TV ve radyoyu yüksek sesine katlanmak, tercümanlık yapmak, sürekli tehlike riskine karşı tetikte olmak, çok sık tekrar etmek zorunda olmak, işitme kayıplı kişinin endişeli haliyle başa çıkmak, iletişim bozukluğu ve sosyal aktivitelerden uzak kalma olasılığıdır. Bu tip belirtiler yaşlı yakınlarını uyarmalı ve erken tedavi olanaklarına başvurmalarıdır.

Presbiakuzi nörosensoryel yani alıcı tipte bir kayıp olduğu ve sinir hücrelerinin hasarlanmasına bağlı olduğu için ilaçla ya da herhangi bir tedaviyle geri dönüşü olası değildir. Normale yakın bir işitmeyi tekrar kazanmak için tek yol işitme cihazı ile işitme rehabilitasyonudur. Rehabilitasyon sağlandığında ise hastanın ailesiyle ilişkisi daha iyi olur, kendini daha iyi hisseder, mental sağlığı iyiye gider, daha bağımsız ve özgüvenli olur. Bu iyileşmeleri bildirenler daha çok hastalar değil aileleridir.

Pratik klinik odyolojide, geriatric popülasyonda karşımıza çıkan işitme problemlerinin rutin kullanılan odyolojik yöntemler ile değerlendirilmesinden elde edilen sonuçlar her zaman klinik gözlem hastanın ve şikayetleri ile uyumlu bulunmayabilir veya hastalara önerilen işitme cihazları hastaları yeterince memnun etmeyebilir. Bebek ya da çocuklarda alıcı tipte işitme kaybı saptandığında KBB hekimi işitme cihazının mutlaka kullanılmasını önerir. Ancak ileri yaş grubunda işitme cihazı kullanımında en önemli faktör işitme kaybının derecesi değil hastanın sosyal alanda buna ihtiyaç duymasıdır.

İşitme cihazının daha önce anlatılan olumlu etkilerine karşın ABD’de bile ihtiyacı olan her 5 kişiden biri işitme cihazı kullanmaktadır. Nedenleri çözümü bilmemek ya da inkar etmek, sorunları için başkalarını suçlamak, maddi kaygılar, yanlış bilgilendirme, bunu gurur meselesi yapmak, daha önce cihaz kullanma deneyiminin başarısız olması (kendisi veya arkadaşlarında)ve yanlış beklentilerdir.

İşitme cihazı seçiminde uzman sağlık personeli en iyi çözümü gösterecek kişilerdir. Ancak ticari kaygılar da dikkate alınarak cihaz almaya karar vermeden önce bir kaç farklı marka ve model mutlaka denenmelidir. Cihazın tek ya da çift taraflı mı olacağı, modeli ve teknolojisine karar verme hastanın sosyal ve fiziksel ihtiyaçlarıyla da ilişkilidir.

İşitme cihazı tipleri: Son yıllarda gelişen elektronik ve mikroteknolojiler işitme cihazlarında da büyük ilerleme ve kullanım kolaylıkları sağlamıştır. Cep tipi kordonlu işitme cihazlarının artık tarihe karıştığını söyleyebiliriz. Sesi fazla bir işleminden geçirmeden sadece yükselten analog işitme cihazları sınırlı sayıda hastaya rahatsızlık vermeden yarar sağlamıştır. Çünkü analog cihazlarda frekans ayarlamaları hassas olarak yapılamaz. Örneğin ağırlıklı olarak tiz sesleri işitmeyen ncak kalın seslerde sorunu olmayan bir hastada analog cihaz kalın sesleri de bir miktar yükselterek gürültüye neden olur. Dijital cihazlarda ses kulağa tekrar gönderilene kadar ayrıntılı bir çok süreçten geçer. Cihaz ne kadar yüksek bir teknolojiye sahipse sesin kalitesi de o kadar doğala yakın olmakta ve hasta memnuniyetini arttırmaktadır. Doğru cihaz seçimi umanlık gerektiren bir işlemdir.

Günümüzde bir çok işitme kayıplı hasta ne yazık ki yalnızca ticari kaygılarla işitme cihazı satan ehil olmayan kişiler yüzünden uygun olmayan veya ayarları düzgün yapılmış işitme cihazları temin etmekte ve doğal olarak cihazdan memnun kalmamaktadırlar. Bu deneyimlerini arkadaşlarıyla paylaşmaları bu olumsuz düşüncenin yerleşmesine neden olmuştur. KBB ve işitme uzmanlarının bu düşüncüyü kırması gerçekten zor olmaktadır. Doğru seçilmiş bir cihaz normale yakın bir işitme sağlar. Günümüzde en sık kullanılan işitme cihazı modelleri kulak arkası ve kulak içi tipleridir. Estetik kaygılarla bir çok hasta kulak içi cihazları kullanmak istese de orta ve ileri dereceli kayıplarda bu model cihazlar yeterli işitme kazancı sağlayamazlar. Ayrıca cihaz üzerinden kontrol edilen özellikleri de kısıtlıdır. Görme ve ince motor sorunları olan ileri yaş grubundaki hastalar cihazın kulağa doğru

yerleştirilmesi, pilinin değiştirilmesi ya da bazı ayarlamaların yapılmasında zorluk yaşarlar. Kulak arkası işitme cihazlarının hem kullanımı hem de hasta tarafından kontrolü daha kolay olabilir. Ayrıca elektronik parça kanal içinde olmadığına kulak kiri ve enfeksiyona bağlı kulak akıntısından etkilenmezler. Hastaya her cihazın avantaj ve dezavantajı ayrıntılı olarak anlatılmalıdır. İşini doğru yapan bir işitme cihazı firması yalnızca hasta istiyor diye ticar kaygılarla uygun olmayan bir cihazın satmamalıdır. Hastalara önerim en az üç farklı marka ve modeldeki cihazı deneyerek ses kalitesini en çok beğendikleri modeli almalarıdır.

İşitme cihazı kullanmak istemeyen hastalar için de günlük yaşamı kolaylaştırıcı ev içinde ışıklı kapı zilleri ve telefonlar, TV kulaklıkları, titreşimli çalar saatler gibi yardımcı cihazlar da önerilebilir.

Her türlü tedavi öansı reddedildiğinde ise işitme kayıplı hastaya nasıl yardımcı olabiliriz? Farklı iletişim stratejileri kullanarak, açık ve net konuşarak, çevrede anlamayı zorlaştırıcı etmenleri dikkate alarak, sabırlı olarak, tekrar ederek, cümleyi farklı sözcükler kullanarak söyleyerek, yazılı iletişim kurarak. Unutmayın ki görme kaybı insanı maddelerden , işitme kaybı ise insanlardan uzaklaştırır(Hellen Keller).

YAŞLILIKTA DENGİ VE BAŞ DÖNMESİ

Prof. Dr. Gülden AKDAL

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

Denge; kulaktaki denge merkezi, görsel bilgi ve duyu sisteminden gelen bilgilerin sinir sisteminde işlenerek kas ve eklemlere uygun uyarının gitmesi ile sağlanır.

Yaş alma ile birlikte, birbiriyle uyum içinde çalışan üç merkez ve bu merkezlerden gelen bilgilerin aktarıldığı merkezi sinir sistemindeki hücreler yaşlanmaya başlar. Denge ve duruş ile ilgili problemler ortaya çıkmaya başlar.

İlerleyen yaş ile birlikte, görme keskinliğinde azalma, görme alanı daralması ve derinlik hissinde azalma olur. Kulaktaki denge merkezini oluşturan yapılarıdaki hücrelerdeki kayıp, 70'li yaşlarda %20-40'a ulaşır. Duyu sistemi; sinirlerde iletim hızları azalır. Sinir-kas iletiminin doğru çalışması ve uygun eklem hareketinin eşlik etmesi gerekir. Ancak kas miktarı azalır ve eklem hareketi kısıtlanır. Bunların sonucu olarak adım uzunluğu ve yüksekliğinde azalma olur ve yürüme hızı azalır. Düşme sıklığı artar. Kazaya bağlı ölüm, 65 yaş üstü kişilerde artmaktadır. En sık nedeni kas güçsüzlüğü ve dengesizliktir. Ölüm ile sonuçlanmasa bile yaşam kalitesinde düşüklüğe neden olur.

Baş dönmesi ve dengesizlik, yaşlıların hekime ve acil servise en sık başvuru nedenlerinden biridir. Hastalardan ve yakınlarından çok iyi öykü alınmalıdır. Böyle yakınma ile başvuran hastalarda öncelikle bu duruma neden olabilecek ilaçların kullanılıp kullanılmadığı gözden geçirilmelidir. Bunlar, epilepsi ilaçları, depresyon için kullanılan ilaçlar, anksiyete ve uyku ilaçları, güçlü ağrı kesiciler, kas gevşeticiler, kalp ritim bozuklukları için kullanılan ilaçlardır. Görme keskinliğini azaltan neden olup olmadığı araştırılmalıdır. Duyu sisteminin etkilenmesi olup olmadığına bakılmalıdır. Sistemik hastalıklardan diyabet, el ve ayak bölgesine giden sinirlerde etkilenmeye neden olur. Bu hastalarda ayaklarda yanma, üşüme yakınmasına dengesizlik yakınması da eşlik edebilir. Sinir iletimindeki bozulma ve yerin zemininin algılanmasına bozukluğa vitamin B 12 düzeyindeki düşüklükler de neden olur. Vitamin B12 eksikliği yaşlılarda çok sık rastlanan bir durumdur. Yaşlılarda sık görülen besin emilim bozukluğunun sonucudur. Vitamin B12 düzeyine bakılması, kan değeri normalin alt sınırında olanlarda bile vitamin B12 içeren tabletlerin kullanılması gerekir.

Yaşlılıkta baş dönmesinin en sık nedeni, pozisyon ile tetiklenen baş dönmeleridir. Hastanın öyküsü tipiktir, tanı koydurucudur. Ne zaman yataktan kalksa, yataкта dönse, rafa uzansa ya da yere eğilse baş dönmesi ortaya çıkar. Kulaktaki denge merkezini oluşturan yapılarda bulunan kalsiyum karbon kristalleri yerlerinden koparak baş dönmesine neden olur. Tedavisi uygun manevra ya da ev egzersizleri ile bu durumun düzeltilmesidir, ilaç tedavisinin yeri yoktur.

Özetle; baş dönmesi ve dengesizlik yakınması ile başvuran hastalarda bu durumun çoklu nedeni olabileceği düşünölmeli ve hasta buna göre değerlendirilmelidir.

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK

Prof. Dr. Reyhan UÇKU
DEÜ Tıp Fak.Halk Sağlığı AD

Sağlıkta eşitsizlik, toplumsal gruplar arasında sağlık düzeyi, sağlık hizmet sunumu ve kullanımı, sağlığın belirleyicileri açısından farklılıklar olmasıdır. Sağlıktaki bu farklılıklar şansa bağlı olarak ortaya çıkmaz ya da genetik yapı ile ilişkilendirilemez. Bu farklılıklar biyolojik nedenlerden de ortaya çıkmaz. Farklı yaş gruplarında farklı sağlık sorunları görülebilir, yaş ilerledikçe bazı hastalıkların görülme sıklığı artar, ancak bunlar eşitsizlik olarak tanımlanamaz. Cinsiyete göre değişen sağlıkla ilgili farklılıklar da eşitsizlik olarak değerlendirilemez. Toplumsal gruplar arasındaki sağlık düzeyi, sağlık hizmet sunumu, kullanımındaki eşitsizlikler sosyal eşitsizliklerden kaynaklanır. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin adil olmayan bir dağılımı söz konusudur. Bu adil olmayan dağılım ülkeler arasında, ülke içinde ya da kent içinde sağlıkta eşitsizliklere yol açabilir.

Sağlık düzeyi farklılıkları değerlendirilirken doğuştan beklenen yaşam süresi, bebek ölümlülüğü, beş yaş altı çocuk ölümlülüğü, algılanan sağlık durumu, bulaşıcı hastalıklar/ bulaşıcı olmayan hastalık/ kazaların sıklığı gibi ölçütler kullanılabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri ile ülkeleri karşılaştırdığımızda, 2008 yılında en uzun ve ne kısa beklenen yaşam süresine sahip ülkeler arasında 41 yıl fark vardır (San Marino ve Japonya’da 83 yıl, Afganistan ve Zimbabve’de 42 yıl). Beş yaş altı ölüm hızı pek çok Avrupa ülkesinde bin canlı doğumda 3 iken Afganistan’da 257’dir. İrlanda’da bir anne ölürken Afganistan’da 1800 anne ölmektedir. Eğer dünya genelinde yaşa göre düzeltilmiş bulaşıcı hastalık ölüm hızı, bu hızın en düşük olduğu ülke düzeyine getirilebilse bulaşıcı hastalığa bağlı ölümlerin %95’i önenebilir.

Sağlık hizmet sunumu ve sağlık hizmetlerinin kullanımında eşitsizlikler sağlığa ayrılan pay, kişi başı sağlık harcaması, sağlık alt yapısı (sağlık kurumu, sağlık insan gücü, sağlık teknolojisi gibi) sağlık kurumu başvuru sayısı, aşılama oranları, doğum öncesi bakım, sağlıkçı yardımıyla doğum gibi ölçütlerle değerlendirilebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri ile, 2008 yılında kişi başı sağlık harcaması ABD’de 7285 dolar ile en yüksek düzeyde iken bir Afrika ülkesi olan Kongo’da 17 dolardır. DSÖ Avrupa bölgesinde hemen hemen tüm anneler (%96) sağlık personeli yardımıyla doğum yaparken, Afrika’da ancak iki anneden biri (%47) sağlık personeli yardımıyla doğum yapabilmektedir.

Sağlık farklılıkları ülkelerin içinde de gözlenmektedir. Pek çok sağlık ölçütü kötü olan Afrika ülkelerinde örnekler görülebildiği gibi gelişmiş ülkelere de benzer farklılıklar dikkati çekmektedir. Etyopya’da sağlık personeli yardımıyla doğum oranı, refah düzeyi en yüksek olan grupta en düşük olan gruptan 30 kat daha fazladır; benzer farklılık en yüksek ve en düşük eğitimli annelerde de (24 kat fazla) gözlenmektedir. İngiltere’de yerel yönetimler arasında ve/veya yerel yönetimlerin içinde de farklı sosyal sınıflar arasında beklenen yaşam süresi açısından eşitsizlikler görülmektedir. Yerel yönetimler arasında beklenen yaşam süresinde erkeklerde 11 yıl, kadınlarda 10 yıl farklılık vardır. Yerel yönetimler içinde ise en zengin ve ne yoksul arasındaki fark erkeklerde 9, kadınlarda 6 yıldır. Erkeklerde en zengin/ en yoksul farkının en yüksek (17 yıl) olduğu yer Westminster, kadınlarda (11 yıl) Halton, Newcastle’dır. İngiltere ve Galler’de dikkati çeken başka bir özellik de, yıllar içinde hem erkeklerde hem de kadınlarda beklenen yaşam süresi uzamasına karşın sosyal sınıflar arasındaki farkın artmasıdır. Benzer artış ölüm hızlarında da kendini göstermektedir. Sağlıkta sosyal gradyen/sosyal eğilim de söz konusudur. Yalnızca en alt düzey sosyal sınıftakilerin sağlık düzeyi kötü değildir, her sosyal sınıfın sağlık düzeyi bir üstündeki sınıftan daha kötüdür.

Sağlık düzeyi, sağlık hizmet sunumu ve kullanımı ile ilgili farklılıklar ülkemizde de görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 verileri ile refah düzeyi en düşük ve en yüksek anneler karşılaştırıldığında şunlar görülmektedir: refah düzeyi en düşük olan grupta bebek ölüm hızı 3.4 kat, beş yaş altı ölüm hızı 2.6 kat, sağlık personeli yardımı olmadan doğum 130.5 kat, doğum öncesi bakım alamama 21.4 kat daha fazladır. Aynı eşitsizlikler annenin eğitimi göz önüne alındığında da dikkati çekmektedir.

Toplumsal gruplar arasında sosyal eşitsizliklerden kaynaklanan sağlıkla ilgili bu farklılıklara yaklaşım bireysel değil, toplumsal olarak ele alınmalı, eşitsizlikler sağlık yanı sıra sosyoloji, ekonomi, politika gibi disiplinlerle birlikte incelenmelidir. Toplumsal düzeyde politik ve ekonomik girişimlerle önenebilecek olan sağlıkta eşitsizlikler adil değildir ve kabul edilemez.

KAYNAKÇA

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008
2. Nalçacı E, Hamzaoğlu O, Özalp E. Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü, 2006
3. The Marmot Review, Fair Society, Healthy Lives, 2010
4. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health:Levelling up Part 1, 2007
5. WHO, World Health Statistics 2010

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLERİN ÖLÇÜMÜ VE YAŞLI SAĞLIĞINDA EŞİTSİZLİKLER

Öğr. Gör. Dr. Hatice ŞİMŞEK
Dokuz Eylül Ü. Tıp F. Halk Sağlığı AD.

Sağlıkta eşitsizlik kavramı sosyoekonomik etkenlerle ilişkili olarak ortaya çıkan sağlık farklılıklarını tanımlamak için kullanılmaktadır. Yaşlılarda sağlık farklılıklarını belirlemede mortalite (ölüm), sağkalım, doğuştan beklenen yaşam süresi, hastalık varlığı (kronik hastalık, komorbidite), psikolojik sağlık, algılanan sağlık/ öznel sağlık, engellilik/yeti yitimi, günlük yaşam aktiviteleri/yaşam kalitesi, sağlık hizmetlerinin erişimi/ kullanımı, polifarmasi, sağlık davranışları, ağız sağlığı, sosyal ilişki değişkenleri kullanılmaktadır. Bu sonuç değişkenlerini etkileyen bağımsız değişkenler olarak kullanılan doğrudan sosyoekonomik durum (SED) değişkenleri öğrenim, gelir ve yapılan işe bağlı sosyal sınıftır.

Öğrenim mezun olunan okul ya da diploma varlığına göre kategorik olarak belirlendiği gibi tamamlanmış öğrenim yılına göre de belirlenmektedir. Ayrıca mesleki eğitim alma da değişken olarak kullanılmaktadır. Gelir; aylık ya da yıllık hane geliri (aylık/yıllık), ortalama kişi başı gelir, gelir algısı ya da finansal birikim olarak saptanabilmektedir. Sosyal sınıf Weberci yaklaşımın bir sonucu olarak “Ulusal Meslek Sınıflamaları”nın kullanımına göre ya da Marksist sınıflamaya dayalı olarak üretim araçlarına sahip olup olmamaya göre saptanmaktadır. Türkiye’de yapılan eşitsizlik çalışmalarında temel olarak Korkut Boratav’ın sınıflaması kullanılmaktadır. Erick O. Wright’in üç boyutlu modeli de Marksist sınıflamaya örnek gösterilebilir. Yaşlılarda sosyal sınıf belirlenirken yaşanan en temel sorun yaşlıların çoğunun emekli olması ve çalışmıyor olmasıdır. Bu nedenle yaşlıların sosyal sınıfı en son yaptıkları/ emekli oldukları iş ya da en uzun süre yaptıkların işe göre belirlenmektedir. İkinci bir sorun da ev kadınlarının sınıfının belirlenmesidir. Ev kadınları da eşlerinin işleri, kendi işleri (en uzun süre yaptıkları iş) ya da hane reisi üzerinden (en çok gelir getiren/ statüsü yüksek olan kişi) sınıflanmaktadır. SED belirlemede bu değişkenlerin iki ya da daha fazlasının bir arada kullanıldığı bazı bileşik indeksler de kullanılmaktadır. Bunlara Hollingshead Sosyal Durum İndeksi (meslek, öğrenim), Duncan Sosyoekonomik İndeksi (öğrenim, gelir, meslek) örnek gösterilebilir.

Doğrudan SED değişkenleri dışında yaşanan konutun mülkiyeti, koşulları, etnik yapı, sahip olunan mallar üzerinden belirlenen yoksunluk göstergeleri ve sosyal güvence varlığı SED belirlemede kullanılmaktadır.

B bireysel SED’in dışında yaşanan çevrenin de sağlık üzerinde etkili olduğu görüşünden yola çıkarak SED’in belirlenmesinde bölgesel indeksler de SED belirlemede kullanılmaktadır. Townsend, Carstairs ve Neighborhood Yoksunluk İndeksleri en sık kullanılan bölgesel SED indeksleridir. Eşitsizlikte yaşam boyu yaklaşımın bir sonucu olarak çalışmalarda bireylerin doğumdaki ya da çocukluk dönemindeki SED’leri de bir değişken olarak alınmakta, bu da babanın işine, ailenin öğrenim durumuna ya da aile varıllığına göre belirlenmektedir.

Sosyal eşitsizliklerin sağlıksızlığa neden olduğu pek çok çalışma ile gösterilmiştir. Yaşlı çalışmalarında farklı sonuçların elde edilmesinin başlıca nedenleri çalışmaların bağımlı ve bağımsız değişkenlerinin ölçüm yöntemlerine, cinsiyet farklılığına, çalışmanın yapıldığı kişilerin yaş grubuna, kurumlarda çalışanların bu çalışmalardan dışlanmasına bağlıdır.

Sağlıkta yaşanan eşitsizliklerin ortadan kaldırılması sağlığın hak olduğu görüşü ile olasıdır. Bu noktada herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilmesi ve bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmaması, herkesin gereksinimi olduğu anda, gereksinimi olduğu kadar sağlık hizmeti alması gereklidir. Yaşlı sağlığında eşitsizliklerin önlenmesinde verilen yaşlı sağlığı hizmetlerinin özellikleri önemlidir. Yaşlı sağlığı hizmetleri merkezi olarak planlanmalı, Ulusal Sağlık Sistemi ile bütünleşmiş olmalı, tüm yaşlıları kapsamalı, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler bütüncül bir yaklaşımla verilmeli, evde bakım ya da izlem temelli olmalı, bakımevi, huzurevi, yaşlı siteleri, hastanelerle desteklenmeli, ekiple verilmeli, ulaşılabilir ve sürekli olmalıdır. Ancak bilinmesi gereken temel bir gerçek de yalnızca sağlık hizmetlerinde eşitsizliği sağlamanın eşitsizliği ortadan kaldırmadığıdır. Eşitsizliğin önlenmesi ve ortadan kaldırılmasında temel hedef farklı sınıfların olmadığı herkesin eşit olduğu ve eşit haklara sahip olduğu bir toplum yaratılmasıdır.

KAYNAKÇA

1. Belek İ. Sınıf Sağlık Eşitsizlik. Sorun Yayınları. İstanbul, 1998.
2. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22(3):429-45.
3. Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri (2. Baskı). İmge Kitabevi, Eylül 2004.
4. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. Indicators of socioeconomic position (part 1. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:7-12.
5. Galobardes B, Lynch JW, Smith GD. Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin* 2007(81-82): 21-37.
6. Borrell C, Muntaner C, et al. Social Class and self-reported health status among men and women: What is the role of work organization, household material standards and household labor? *Social Science and Medicine* 2004;58:1869-1887.
7. Regidor E, Guiterrez-Fisac JL, Banegas JR, Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F. Obesity and socioeconomic position measured at three stages of the life course in the elderly. *European Journal of Clinical Nutrition* 2004;58:488-494.

YAŞLILARDA ÖNEMLİ BİR SORUN: YAŞLI AYRIMCILIĞI

Aliye MANDIRACIOĞLU

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Ayrımcılık, bir kişiye ya da gruba, belli özelliklerinden dolayı önyargılı davranmaya denir. Ayrımcılık dendiğinde genellikle negatif anlam anlaşılır. Cinsiyet ve ırk ayrımcılığından farklı olarak yaşlı ayrımcılığında, bu şekilde düşünen kişilerin de yaşlanacak olmasıdır. Yaşlı ayrımcılığı, sadece yaşlı olması nedeniyle bir bireye gösterilen farklı tavır, ön yargı, hareket, eylem ve kurumsal düzenlemeler olarak tanımlanabilir. Ekonomist ve politik analistler yaşlılık dönemini bağımlılık dönemi olarak tanımlamakta, yaşlıları; bağımlı, dışlanmış ve üretim yapmayan yük getiren bireyler olarak değerlendirmektedir. Bunlar topluma da yansyarak yaşlılığa ilişkin kalıplaşmış düşünceler yerleşmektedir. Yaşlı ayrımcılığı bazı kuramlarla açıklanmaya çalışılmaktadır. Sosyal kimlik kuramı, bireylerin olumlu sosyal kimliğe sahip olma güdüsü ile sosyal, ekonomik ve fiziksel imajının iyi olma çabalarının sonucunda yaşlılığa olumsuz bakılmasına neden olduğu açıklanmaktadır. Terör yönetim teorisi ise ölüm korkusunun insanın sosyal davranışını belirlediğini ve yaşlılığın ölümle özdeşleştirildiğini savunmaktadır. Ayrımcılık bireyin sağlığını ve yaşam kalitesini etkiler. Yaşlı insanlarla iletişimin artırılmasının, toplumda onlara karşı gösterilen olumsuz davranışları azaltabileceği belirtilmektedir. Yaşlılığı bir sorun olarak değil doğal bir süreç olarak değerlendirmek gerekmektedir.

“YAŞLANAN BEDEN VE YAŞLANMANIN SOSYAL İNŞASI OLARAK BAŞARILI YAŞLANMA”

Doç. Dr. Aylin NAZLI
EÜ Sosyoloji Bölümü

Gerontoloji, Yaşlılık Sosyolojisi ve Geriatri bilim dallarının, yaşlanma üzerinde etkili olan sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik faktörleri önemsemesiyle birlikte, yaşlanma ve yaşlılık, sosyal bir görünüme de sahip olmaya başlamıştır. Bu durumun bir sonucu olarak yaşlanmanın, bu sosyal faktörlerin etkisi altında, “iyileştirilebilme” olasılığı gündeme gelmiş ve hem biyolojik hem de sosyal faktörlerin olumlu etkileri altında “başarılı” bir yaşlanmadan söz edilmeye başlanmıştır.

Başarılı yaşlanma kavramı ilk kez 1961 yılında The Gerontologist dergisinde bir makalede kullanılmış ve zaman içinde farklı bakış açılarıyla gelişmiştir. Başarılı yaşlanmanın, onu meydana getiren bileşenleri dikkate alındığında, çok boyutlu bir kavramsallaştırma olduğu ve yaşlanma döneminde ortaya çıkan değişme ve gelişmelerin yönünü belirleyen bir süreçte işaret ettiği görülmektedir. Başarılı yaşlanmaya ilişkin farklı bakış açılarına sahip modeller temelinde farklı bileşenler ile farklı tanımlar getirilmektedir.

Başarılı yaşlanmanın içerdiği bileşenler temelinde birçok model ortaya konulmuş olmasına rağmen, içerdiği bileşenleri ortak bir zemin üzerinde bir araya getirmek mümkündür. Baltes ve Baltes, ortak bir zeminde buluşan bileşenleri şöyle sıralamaktadırlar: Yaşamın uzunluğu, biyolojik sağlık, mental sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, bireysel kontrol ve yaşam memnuniyeti (Baltes&Baltes 1990:5).

Yaşlanma kavramının içeriğinde yer alan sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik faktörlerin etkili olma durumu, başarılı yaşlanma kavramı için de geçerlidir. Yaşlılıkla bağlantılı olarak “başarı” kavramı üzerine odaklanıldığında, yaşlı birey için başarılı yaşlanma, her şeyden öte, yaşlanmanın onun yaşamına ve bedene getirdiği değişimlerin üstesinden gelebilme, onunla başa çıkabilme potansiyelidir (Flood, 2003). Yaşlanmanın sosyal ve kültürel bazlı değişken içeriği, yaşlanma kavramı kadar başarılı yaşlanma kavramı için de etkili olmakta ve onun literatürde ve çalışma alanlarında belli bir biçime sahip içeriğini değiştirebilmektedir. Bu değişimin nedeni ise yaşlanma ve dolayısıyla da başarılı yaşlanmanın sosyal ve kültürel çerçeveler içinde oluşan toplumsal ve bireysel etkileşimli sosyal inşalar olmasıdır.

Sosyal inşa yaklaşımı, insanların içinde yaşadıkları dünyaya ilişkin öğeleri tanımlama, açıklama ve yorumlama sürecine işaret etmektedir. Bu süreç içindeki her öğenin anlamlandırılması ve yorumlanması, etkileşim içinde bulunan insanların birlikte ortaya koydukları bir girişimdir. Adı geçen bu girişimi irdeleyen Berger ve Luckman’a (Berger&Luckman,1979) göre toplum, kendini anlamlandıran, üzerinde eylemde bulunan insanların ürünüdür. Toplumun bir ürünü olan toplumsal gerçeklik de günlük yaşam içinde insanlar arası etkileşimler içinde sosyal olarak üretilmekte ve inşa edilmektedir. Bireylerin, içinde yaşadıkları dünyayı tanımlama, açıklama ve yorumlama süreci, sosyal insanın içeriğini oluşturmaktadır. Günlük yaşamın anlamlandırılması, etkileşim içinde bulunan bireylerin, birlikte ortaya koydukları bir girişimdir. Bireylerin, sosyal etkileşimle taşıdıkları sübjektif anlamları ve kendilerini dışsallaştırmalarıyla başlayan inşa süreci, faaliyetlerin rutinleşmesi ve tipleşmesini müteakip objektif bir karakter kazanmakta ve bir sonraki kuşak tarafından sosyalizasyon aracılığıyla içselleştirilmekte ve tam anlamıyla bir sosyal dünya oluşmaktadır. Bu içeriğe bireyin yaşlı bedeni ve yaşlanma da dahil olmaktadır. Toplamlar, yaşlanma ve yaşlılığı da kendi kültürleri içinde sosyal olarak inşa edilmekte ve anlamlandırılmaktadır.

Geleneksel kültürlerde yaşlı, geleneklerin sahibi/koruyucusu ya da o toplum için önemli sayılan bilgilerin hazinesi şeklinde bir anlama sahiptir. Yine bu gibi toplumlarda yaşlı, uzlaştırmacı ya da arabulucudur. Her türlü sorun ya da alana ilişkin son sözü söyleme yetkisi ona verilmiştir. Bazı Asya kültürlerinde ise fiziksel gücün zaman içindeki derecesel kaybı aynı zamanda spiritüel güçlerin kazanımı olarak anlamlandırılmakta ve bedensel/fiziksel kayıplara rağmen yaşlı, manevi güçlere sahip bir birey olarak anlamlandırılmaktadır. Yine bazı geleneksel kültürlerde yaşlılığın sosyal inşasında ilk unsur, bedensel değişim/kayıplar olmakta, yaşlılığın komple anlamı bedensel kayıplar üzerinden

başlamaktadır. Bu nedenle de özellikle yaşlılık hasta olmakla eş anlamlı olarak inşa edilmekte yaşı=hasta olarak anlamlandırılmaktadır (Cruikshank, 2009).

Yaşlı ve yaşlanma kavramına ilişkin bu kültürel içerikli sosyal inşa/anlamlandırma, aynı zamanda “başarı yaşlanma” kavramı için de geçerli olmaktadır. “Başarı” kavramına yakından bakıldığında, bu kavramın orijinal içeriğinin kapitalist Batı toplumlarının rekabete ve üretken olmaya dayalı değerlerine işaret eden ve üretken, hasta olmayan elit bir yaşlı grubunu hedef alan bir kavram olduğu vurgulanmaktadır (Wilcox,& Bradley, 2007). Başarı kavramı içinde üretken olma ve aktif olmaya ilişkin oldukça yoğun bir sosyal /kültürel vurgu vardır ve bu vurgu, modern batı toplumlarının yaşlılığa ilişkin kültürel sosyal inşasının içeriğidir. Başarı ve başarılı kavramıyla yakından ilişkilendirilen üretkenlik ve aktiflik kavramı da kültürel içerikli bir sosyal inşadır. Nitekim batı toplumlarının kültüründe bir sosyal değer olarak üretken ve başarılı olma, sosyal alanda var olabilmenin önemli koşuludur. Sosyalizasyon süreci içinde genç kuşaklardan başlayarak bu değerler aile, okul gibi temel sosyalizasyon ajanları yardımıyla kazandırılmaktadır. Sosyal bir çevreye sahip olma, herkes tarafından beğenilme, değişime olumlu yaklaşma vb. gibi nitelikler de üretkenlik ve başarıya eşlik eden kültür içindeki diğer önemli sosyal değerler olarak ortaya çıkmakta ve benimsenmektedir.

Yaşlanma ve başarılı yaşlanmaya ilişkin modern akademik bakış, içinde var olduğu toplumun değerlerinden hareket etmiş ve onu yukarıda belirginleşen unsurlar temelinde tanımlamıştır. Fakat alanın gelişim süreci içinde, geleneksel kültürlerin ve değerlerin egemen olduğu toplumlarda yaşlanma ve başarılı yaşlanma üzerine yapılan çalışmalar, yukarıda ortaya çıkan bulgulardan daha farklı bir yaşlanma ve başarılı yaşlanma olgusu ve dolayısıyla da sosyal inşası ile karşılaştığını göstermiştir. Dolayısıyla da hem yaşlanma hem de başarılı yaşlanma kavramları toplumdan topluma, kültürden kültüre çok boyutluluk göstermektedir. Bu çok boyutluluk, sosyal ve kültürel inşaların bir sonucudur. Diğer bir deyişle, modern toplumların egemen değer sistemlerini yansıtan bu öğeler, “olması gereken” şeklinde algılanıp, bir hedef olarak benimsense de farklı yaşlanma ve başarılı yaşlanma öğeleri, bireysel ve toplumsal boyuttaki kültürel içerikli sosyal inşayı işaret etmektedir. Kendini özellikle geleneksel kültürlerde daha çok belli eden bu durum, yaşlılığın kültürel bağlamı sosyal inşasının içinde yaşanan toplumların değerleri ile yakından bağlantılı olduğunu göstermektedir. Başarılı yaşlanma kavramının akademik literatürde zengin sayılabilecek bileşenlerle tanımlanma durumuna rağmen, yaşlılık ve yaşlanmanın toplumsal ve bireysel zeminde sahip olduğu bu çok boyutlu sosyo-kültürel içeriği, kavramın bu zeminlerde farklı anlamlara da sahip olmasına neden olmaktadır. Bu ise akademik alanın zenginleşmesine ve yaşlılara ilişkin uygulamalarda isabetli seçimlerin önemine işaret etmektedir.

KAYNAKÇA

- Baltes, P.B. & M. M. Baltes. (1993.) Successful Aging, Cambridge University Press,
- Berger, P.L.&Luckman, T.(1979) The Social Construction of Reality: A Treatise in The Sociology of Knowledge, Penguin Books.
- Cruikshank, M. (2009) Learning To Be Old, Rowman&Littlefield Pub., USA.
- Flood, M. (2003).”Successful Aging: A Concept Analysis” The Journal of Theory Construction & Testing, Vol:6 No:2
- Wilcox,D.C.& Bradley,J.B. (2007) “The Cultural Context of ‘Successful Aging’ Among Oler Women Weavers in a Nothern Okinawan illage:Te Role of Productive Activity” Jurnal of Cross Cultural Gerontology, 22:137-165

DEĞERLİ KONUKLARI SEVGİ VE SAYGIYLA SELAMLİYORUM

Emine Perran YÜCEL

Sözlerime, yaşlıları, gittikçe daha bir şefkatle koruyan, kollayan, kucaklayan toplumumuza, toplum kuruluşlarımıza, devletimizin bu işleri yürüten kurumlarına ve mensuplarına, yaşlılar adına şükranlarımı sunmakla başlıyorum.

Ayrıca Ege Geriatri Derneğinin yöneticilerini, sempozyumun düzenleyicilerini konuşmacılarını kutluyor, bu yaşta ve bu durumda bana konuşma fırsatı tanıdıkları için teşekkür ediyorum.

Sonuna doğru yaklaştığım ışın tedavisine bağlı olarak, bir haftadır sesimde ki bozulma nedeniyle, torunum Nazlı İrmak Yücel, fazla zorlanmamam için bana yardımcı olacak. Umarım bu durumu anlayışla karşılırsınız. İşte yaşlılık böyle bir süreç.

Bilim adamlarının, bugün, kişilerin ileri yaşlarda sağlığının korunması, hastalıklarının önlenmesi, toplumdan soyutlanmadan yaşamlarını bağımsız olarak sürdürmelerini sağlamak amacıyla hummalı bir çalışma içinde olduklarını biliyoruz. Hatta yaşlanmanın geciktirilmesi, yavaşlatılması hedefini dahi aşarak yaşlanmaya son vermeyi kısaca ölümsüzlüğü aramaktadırlar. Biz hepsine başarılar diliyoruz.

İnsan, gelenin uzun yıllar kaldığı veya hiç gitmediği bir dünya “ne ilginç olur kim bilir” diye düşünüyor. Belki bazı sorunları da beraberinde getirebilir.

Torunlarımızın torunlarının bizler için “ninelerimiz, dedelerimiz ne kadar erken yaşta ölmüşler” diyeceklerine artık kesin gözüyle bakılıyor.

Aktif çalışma döneminin tamamlanmasıyla başlayan, zihinsel, fiziksel kayıpların söz konusu olduğu ve psikolojik, sosyoekonomik, ailesel, çevresel durumlardan da etkilenen yaşlılık, tüm yapılarda fonksiyonların giderek azaldığı bir süreçtir.

Tıp bilimi yaşlanmanın başlangıcını 65 takvim yaşı olarak kabul etmiştir. İnsanların takvim yaşının yanında birbiriyle bağlantılı, biyolojik, fizyolojik, sosyolojik, psikolojik yaşları da olduğu biliniyor. Ancak her yaşın, yaşlanma hızının ayrı olduğu, birisinin, ikisinin öne geçebileceği veya arkada kalabileceği kabul ediliyor.

Bilim adamları, günümüzde yaşlanmayı geciktirmenin, yavaşlatmanın mümkün olduğunu ifade ediyor, bunun da kişinin tutumuna, ilişkilerine, aktivitelerine ve yaşam alışkanlıklarına bağlı olduğunu altını çiziyorlar.

O zaman şu gerçek ortaya çıkıyor, sağlıklı yaşlanmanın alt yapısı, yaşlılıktan önce ki yıllarda hazırlanır. Yaşlılık sınırına gelen kişinin, o yaşa kadar sağlıklılık halini devam etmesi, sistem fonksiyonlarının düzenli çalışıyor olması gerekir ki, var olanlar korunabilsin.

Sözün kısası, yaşlanmanın yavaşlatılmasında kişiye epey iş düşüyor.

Gelelim uygulamaya. “Sen ne yaptın ?” diye bana soracak olursanız, bu soruya yanıt vermek pek öyle kolay değil.

Sağlık otoritelerinden dinlediğimiz, medyadan izlediğimiz ve hepimizin bildiği yerine getirilmesi gerekenlerin pek çoğunu yapmış ve yapmakta olduğum halde maalesef yaşlanmanın hızını pek kesebilmiş değilim.

80 yaşındayım, emekli sınıf öğretmeniyim. 33 yıl çalıştıktan sonra, 51 yaşında bir eğitimci olan eşimle birlikte emekli oldum. Yaşlılık sınırına gelinceye kadar özel bir işte çalışmadık, bu süreyi çocuklarımıza ayırdık, 60 yıllık evliyiz.

Değerli konuklar,

Hayat devre devre, aşama aşama. Biz de herkes gibi çocukluk ve öğrenim yıllarından sonra mesleğe başladık. Bu arada evlendik çokluk çocuğa karıştık. Onları büyütelim, okutalım, bir iş sahibi yapalım, evlendirelim ve hayatımıza renk katan, anlam katan torunlarımızla ilgilenelim derken yaşlılık sınırına geliverdik.

Bu yaştan sonra da öğretmenliğin verdiği bir alışkanlık mıdır, bilemiyorum, planlı yaşamaya devam ettik, bunu seviyoruz. Günlük, haftalık, mevsimlik planlar yapar böylece zamanı en iyi biçimde değerlendirdiğimize inanırız.

Mütevazı fakat oldukça hareketli hayatımızın her alanı çeşitli uğraşlarla doludur, hiç boşluk yoktur. Bunun için özel bir çaba harcamayız, zorlanmayız, çünkü bu bizim yaşam biçimimizdir.

Hayata geniş bir pencereden bakarız. Duygularımızın, düşüncelerimizin, davranışlarımızın pozitif olması bize toplumsal ilişkilerimizde kolaylık ve rahatlık sağlar.

Eğitimden sanata, ekonomiden siyasete, sağlıktan spora, teknolojiye kadar çeşitli konularda, çevremizin, Türkiye'nin, dünyanın gündemini izler ve tartışırız. Kitap-gazete okuma, müzik dinleme, gezilere katılma, dost, akraba, komşu ilişkilerini sürdürme, bulmaca çözme, tartışma programlarını izleme, yürüyüşler ve beden hareketleri yapma, yaşamımız içinde sürüp giden uğraşlardan bazılarıdır.

Okumayı olduğu kadar yazmayı da seviyorum. “Cambaz” isimli şiir kitabım, “Okuma Yazmaya İlk Adım” isimli mesleki kitabım ve “Sıdık” isimli romanım bu yaşlılık yıllarımın ürünleridir. Ayrıca çeşitli mahalli gazete ve dergilerde yayınlanan anı, makale, hikaye denemelerim var. Yazarken, araştırırken bilgisayar kullanırım.

Dikiş, nakış, kırkyama, kumaş boyama gibi meraklarım vardır. Hala etek bluz ve elbiselerimi kendim dikerim.

Biliyorsunuz, İmparatorluğun yıkılış aşamasında patlayan Balkan ve 1. Cihan Savaşının hemen ardından Kurtuluş Savaşı başladı. Bizler, şehitlerimizin acılarının henüz dinmediği, Cumhuriyetin kuruluş çalkantılarının, devrim sancılarının sürdüğü zorlu yılların ardından gelen 2. Cihan Savaşı'nın kan, ölüm, ateş, yokluk, kıtlık ortamında çocukluklarını, gençliklerini yaşayamamış bir kuşaktan geliyoruz.

O nedenle küçük küçük şeylerle mutlu olmayı öğrendik. Yaşamın da amacı bu değil mi?

Bunun dışında, şartlar bize tutumlu olmayı, yığın yığın sorunlarımıza çözümler bulmayı öğretti. Elbette bu edinimlerimizi, becerilerimizi yaşlılığımız da taşıdık.

Genel sağlığın, ruh ve beden sağlığının birbirini tamamlamasıyla sağlanabileceği vurgulanıyor. Hayatı sevmenin, yaşama sevincini diri tutmanın yanında, dengeli, mantıklı, ılımlı, uyumlu, hoşgörülü, yapıcı, özverili olmanın, emeğe, onura, başarıya, her mesleğe, her düşünce ve görüşe saygılı olmanın, insanı hayata bağlayan, toplum içinde ilişkileri kolaylaştıran değer duyguları ve doğru yaklaşımlar olduğuna şüphe yoktur. Ancak bunlar yaşlılıktan önceki yıllarda kazanılacak davranışlardır. Yoksa “yaşımı başımı aldım, bundan sonra daha hoşgörülü olayım” diyerek bunları yaşamımıza katamayız.

Yaşlılıkta paylaşımın, özgüvenin, moralin ve sevgi motifinin çok önemli olduğunu görüyorum.

Sosyal hayattan kopmamanın, yaşlanmayı yavaşlatacağı ifade ediliyor, bu doğrudur. Ancak kişi hangi yaşta olursa olsun hep toplumun içindedir, istese de kopamaz. Şöyle ki insanlar her yaşta parka, sinemaya, tiyatroya, konsere, alışveriş merkezlerine, otele, restorana, plaja, kütüphaneye, kahveye, bankaya, devlet dairelerine gider, taşıt araçlarına biner, sivil toplum kuruluşlarında, derneklerde, vakıflarda, partilerde çalışır, ibadet yerlerine, hastaneye, seçim sandığına, spor karşılaşmalarına gider, çeşitli iş sahipleriyle görüşür.

İşte, insan ilişkilerinin ön plana çıktığı toplumsal yaşam alanları, buralarda yaşlıları da görürüz.

Sağlıklı yaşlanma ve yaşlanmayı yavaşlatma konusunda benim önceliklerim, hayata pozitif bir açıdan bakabilmek, sosyal hayatı çeşitli etkinliklere katılarak sürdürmek, sevdiğim ve yapınca mutlu olabileceğim bir takım işlerle uğraşmaktır. Hemen arkasından dengeli, sağlıklı, yeterli, düzenli ve mümkün olduğu kadar doğal beslenme gelir. Mutfağı severim. Sağlık sorunlarımızdan dolayı diyetimiz vardır, bunu dikkate alırız. Taze mevsim sebzeleriyle yapılmış etli veya zeytinyağlı yemekler, çorba, elma sirkeli, ısırgan otlu veya semizotlu çoban salata, yoğurt hemen her gün soframıza gelir.

Yaşımız ilerledikçe çeşitli hastalıklarla karşılaşırız. Bunların üstesinden gelmek, teşhis ve tedavi ettirmek için harcanan zamana acımamalı, bu konuda duyarlı davranmalıyız. Kalp, tansiyon, diyabet gibi birçoğu kalıcı olan hastalıklarımızla birlikte yaşamaya alışmalıyız. Ben, kendimi örnek veriyim. Otuz yıllık tansiyon hastasıyım, koroner damarlarda problem var, kalp pili taşıyorum, ancak şuan hepsi kontrol altında. Çok yakında ağır bir ameliyat geçirdim, boğazımdan büyükçe bir kitle alındı. Bununla kalsa iyi. Patoloji raporum, kitlenin bir alanında kanser hücreleri olduğunu gösteriyordu, bu nedenle radyoterapi sürüyor. Sesimle size verdiğim rahatsızlıktan dolayı özür diliyorum. Tüm bunları doğal karşılıyorum. Yaşama bağlılığımdan bir şey kaybetmiş değilim, moralim yerinde, sağlığıma kavuşma, yaşamaya devam etme ümidimi koruyorum. Özellikle torunlarımın karşısına geçip ‘yıkılmadım, ayaktayım’ diyebilmeyi istiyorum.

Görüşlerimi ve duygularımı sizlerle paylaşmaktan onur ve mutluluk duyduğumu belirtmeliyim.

Hepinize sağlıklı, huzurlu ve uzun bir ömür dilerim. Eğer sesim müsait olsa sözlerimi ‘ Yıllar’ isimli şiirimle tamamlamak isterdim.

YILLAR

Her birini alkışlarla, şenliklerle karşıladık,
Dünya yeniden kurulacak sandık.
Arzular, beklentiler yenilendi, güç kazandı,
Kimisi umutlar dağıttı bulutlarla dans eden,
Kimisi esenlik, zenginlik vaat etti,
İnandık, yıldızlar yağdı rüyalarımıza,
Hayaller, heveslerin yelkenlerini şişirdi,
Moraller hız verdi gayretlere,
Kimi yıl emeklerimize heba oldu,
Kimi yıl özlemlerimize veda ettik,
Yaşam güzeldi, yaşamaya devam ettik.
Her yıla damgasını vuran güçlülerin
Çıkarlarına, hırslarına karşı,
Barış, ekmek, adalet çığlıkları
Havalarda kaldı, kayboldu,
Silahlar hep eldeydi,
Savaş hep gündemde.
Her durumda, tüm bu yılları,
Kamburlaşan sırtımızda taşıdık,
Yaşam doyumsuzdu, katlandık.
Soluk soluğa geçen
Her bir yıla seslendim:
“Nedir bu hız, bu acele?”
Aldırmadılar geçip gittiler,
Hiçte nazik değiller.

Her yılın ayırır gideni geleni,
Kazanını kaybedeni, ağlayanı güleni,
Tırmanıp yükseleni, zirvelerden düşeni,
Kadere boyun eğeni, küfredeni, şükredeni.
Yine her yıl kurulur bayramlar, düğünler,
Çılgınca eğlenceler, şölenler.
Tüm bu eşitsizlikler, gelişkiler sarmalında,
Günler, mevsimler akıp geçerken arka arkaya,
Hazırlanırız bir yeni yılı daha karşılamaya.

İLİMİZDEKİ GERİATRİ ALANINDAKİ PROJELER

PROJE - 1

EQUIP-II PROJESİ TANITIMI

Prof. Dr. Eser Y. SÖZMEN*- Uzm. Dr. Sumru SAVAŞ**

**Ege Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi,*

*** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, GeriatriBD*

Programın adı: LIFELONG LEARNING PROGRAMME, LEONARDO DA VINCI TRANSFER OF INNOVATION

Proje adı: Yaşlıların Evde Bakımında Avrupa Eğitim Yeterlilikleri ve Nitelikleri (European Education Competences and Qualifications in Home Care for Older People, EQUIP II)

Süresi: 2 yıl

Başlangıç/bitiş tarihi: 1.Ekim 2010-30.Eylül 2012

Proje koordinatörü: Turun ammatti Institute/Finlandiya

Proje ortakları:

Ege Üniversitesi/Türkiye

Turku University /Finlandiya

Personel Consult /Bulgaristan

Frontida Zois Ltd/Yunanistan

Bu proje 2009 yılında tamamlanmış olan 'EQUIP projesinin transferi yoluyla gerçekleşecektir (2007 – 1971 / 001-001), (www.equip-project.com). EQUIP projesinde araştırmalar altı Avrupa Birliği ülkesinde; nitelikler, yeterlilikler, çalışma becerileri ve iyi ev bakımı uygulamaları konusunda yapılmıştır. Projenin başlatılma nedeni Avrupa'da popülasyonun yaşlanmasıdır. Tüm Avrupa'da 65 yaş üzeri kişilerin sayısı artmaktadır. Bu kişilerin bakımı gelecekte sadece ekonomik sebeplerden değil, vatandaşlık hakları (nerede yaşamak istedikleri konusunda seçim yapabilmek için) açısından da önemli bir konu olacaktır. 75 yaşın üzerindeki 10 kişiden yedisi bir kurumdansa kendi evlerinde yaşamayı tercih etmektedirler. Bu yüzden yaşlı bakımında daha fazla öğrenci ve çalışana ihtiyaç olacaktır. Bu proje; öğrencilerin, öğretmenlerin ve evde bakım çalışanlarının evde bakım çalışmalarının değerlendirilmesine katkıda bulunacaktır.

Türkiye'deki 65 yaş ve üstü kişiler toplam nüfusun % 7'sine tekabül etmektedir (yaklaşık 5 milyon). Yaşam beklentisi erkeklerde 71.1, kadınlarda 75.3 olup, tüm popülasyonda ortalama 73,2'ye tekabül etmektedir.

Avrupa'daki öğrenci, öğretmenler ve kalifiye çalışanların mobilitelerinin (hareketliliği) artırılması için profesyonel vasıflarının (yeterliliklerinin) uyumluluğu anahtar unsurlardandır. Şu anda değişik ülkelerdeki vasıflı personelin mukayesesi zor olmaktadır ve bu zorluk hareketliliğin hemen hemen olanaksız olmasına yol açmaktadır.

Projenin amacı; farklı Avrupa Birliği ülkelerinde evde bakım uygulamaları ile ilgili eğitim ve öğretimi karşılaştırmak, Evde bakım çalışanlarının, öğrenci ve eğitimcilerin hareketliliğini artırmak ve evde bakım hizmetlerinin kalitesini ve çalışanların memnuniyetini artırmaktır. Bu projede; yaşlıların kendi evlerinde bakımı ile ilgili servislerle ilgilenen eğitim sağlayıcıları, işverenler, bu konuda çalışanlar-hekimler ve politika oluşturan kişiler hedeflenmektedir. Bu proje Lizbon strateji ve Kopenhag deklarasyonundan kaynaklanan konulara konsantre olacak, ECVET sürecine katkıda bulunacak ve EQF 'in (European Framework for Qualifications; Avrupa Kalifikasyonlar Sistemi) uygulanmasına yardımcı olacaktır.

Projede evde bakım hizmeti için belirlenmiş olan eğitimler ve yeterlilikler ile ilgili soruları içeren elektronik bir anket hazırlanacaktır. Ayrıca 9 Avrupa ülkesinde “evde bakım” hizmetlerinin yeterliliğine yönelik olarak belirlenmiş gereklilikler, eğitim ve uygulamaların karşılaştırılmasını içeren bir veritabanı oluşturulacaktır. Bu proje ile hazırlanan araç yaşlı bakımı sahasında; tüm Avrupa'daki eğitimci, işveren, öğrenci ve çalışanlara, katılan ülkelerdeki evde bakım eğitimi, pratikleri ve yeterlilik talepleri konusunda bilgi sağlayacaktır. EQF ve ECVET ilkeleri doğrultusunda; yaşlı kişilerle çalışma ile ilişkili olarak öğrenme sonuçlarının tanınması ve transferini düzenleyecek, ileri götürecektir. Kolaylıkla kullanılacak olan elektronik aracın varlığı (Home care competence test and a data collection- Evde bakım yeterlik ve veri toplanması) bu sahadaki vasıfların karşılaştırılabilirliği ve transfer edilebilirliğini destekleyecektir.

PROJE - 2



Uzm. Dr. Aysel GÜRSOY

Alzheimer Derneği İzmir Şubesi Başkanı, Nöroloji Uzmanı

TÜRKİYE ALZHEİMER DERNEĞİ İZMİR ŞUBESİ TARİHÇESİ

Derneğimiz 1999 yılı Aralık ayında Prof. Dr. Görsev YENER ve hasta yakınları tarafından kurulmuştur. Av. Seniye AKER başkanlığındaki yönetim kurulu 2006 yılı Mart ayına kadar Alzheimer hastalığının toplumda tanınması ve hasta yakınlarına yönelik destek ve bilgilendirme çalışmalarına önemli katkıda bulunmuşlardır. 2006 yılından bu yana Uzm. Dr. Aysel GÜRSOY başkanlığında derneğimiz dayanışma ve bakım sürecinin rehabilitasyonuna yönelik projeleri uygulamaktadır.

FAALİYETLERİMİZİN AMACI

- *Toplumda hastalığın farkındalığını sağlamak amacıyla genişletilmiş halk panelleri, basın ve televizyon duyuruları ile erken tanı ve tedavi olanağının sağlanması.
- *Hasta ve yakınlarına yönelik eğitim ve bilgi paylaşımları toplantıları ile sorunlarla başa çıkma ve hastalıkla beraber yaşamın öğrenilmesine destek verilmesi.
- *Birinci evre hastalarımıza dernek merkezimizde psiko sosyal terapi desteği vererek var olan yeteneklerini bir süre daha devam ettirmeyi ve değerlilik duygularını yüksek tutmayı sağlamak.
- *Evinden çıkamayan ikinci ve üçüncü evre hastalarımıza ev ziyaretleri yaparak dayanışma ve rehabilitasyon desteği vermek. Bu ziyaretlerimizi gönüllü fizyoterapist, hemşire, gençlik kolu ve sosyal çalışma grubu üyelerimiz ile sürdürüyoruz.
- *Hasta, hasta yakınları ve üyelerimizden oluşan grubumuza destek veren gönüllülerimizle piknik, yemek, gezi ve kültürel aktiviteler ile sosyal dayanışmamızı güçlendirmeye çalışıyoruz.
- *Torunu Olur musun? Projesi ile iki kuşağın birlikteliğini sağlayarak manevi tatmin ve dayanışma duygularının gelişmesine destek veriyoruz.

2010-2011 YILI PROGRAMIMIZ

- * Her ayın ilk pazartesi günü saat: 15.00'te dernek merkezimizde sosyal aktivite günü.
- * Her pazartesi günü saat: 14.00 da dernek merkezimizde Alzheimer hastalığı ve bakım sorunları ile ilgili danışmanlık.
- * Her salı günü saat: 13.00-16.00 arası hasta ve hasta yakınlarına yönelik psiko-sosyal terapi desteği (lütfen randevu alınız)
 - ❖ İkrâm
 - ❖ Canlı müzik dinletisi
 - ❖ Elişi (uğraş terapisi)
 - ❖ Egzersiz
 - ❖ Oyun saati (satranç-tavla-yapboz)
 - ❖ Film –slayt gösterimi
 - ❖ Yürüyüş
 - ❖ Sohbet
 - ❖ Kitap-şiiir okumaları
- * Evinden çıkamayan hasta ve bakım verenleri için ev ziyaretleri (lütfen randevu alınız)
- * Hasta yakınlarına yönelik psiko-drama eğitimlerimiz için kayıtlarımız devam etmektedir.

Alzheimer Derneği ve Vakfı
"Unutmayı un" İzmir Şubesi

ALZHEİMER DERNEĞİ İZMİR ŞUBESİ
26 EKİM 2010 GÜZ ETKİNLİĞİ

2. BAHARDA GÜÇ BİRLİĞİ

GENÇLİK EĞİTİM PANELİ
TOPLUM GÖNÜLLÜĞÜNDE
GENÇLEŞME
Rana DAVIOĞLU OYMAN
İzmir İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü
Proje Geliştirme Birimi Sorumlusu
Sosyal Çalışmacı
SAAT : 15.30 - 16.30

HALK EĞİTİM PANELİ
MODERATOR
Uzm. Dr. Bahiye ÖZER
(Atatürk Eğt. ve Arş. Hastanesi
Nöroloji Ana Bilim Dalı)
GERİATRİ NEDİR?
Uzm. Dr. Servaz ŞAHİN
(E.Ü. Tıp Fak. Geriatri Bilim Dalı)
ALZHEİMER NEDİR?
Doç. Dr. Yaprak SEÇİL
(Atatürk Eğt. ve Arş. Hastanesi
Nöroloji Ana Bilim Dalı)
SAAT : 18.00 - 19.00

TSM KONSERİ
SEF
Güven YAĞTU
(Yönetiminde)
Güzelyalı Kültür-Sanat
Derneği Korosu
SAAT : 19.30 - 22.00

VER
GÜZELYALI KÜLTÜR MERKEZİ
BİLGİ İÇİN
0 533 340 66 25 - 0 232 425 54 72

Çağın, Güvendi Yaşama Bağlıdır Tunstall Kültürçiyile

PROJENİN AMACI

*Alzheimer hastalığında tıbbi tedaviyi tamamlayıcı psiko-sosyal terapi ve sosyal dayanışma projeleri geliştirmek.

ALZHEİMER HASTALIĞINDA TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİ İLE ELELE

Birinci Bölüm

- 1) Sağlık Müdürlüğü ve Alzheimer Derneği İzmir Şubesi arasında ortak projeler geliştirmek.
- 2) Birinci Basamak hekimlerini uzmanlarla buluşturmak.

İkinci Bölüm

- 3) Hastaları ve bakım verenleri, sağlık çalışanları ve gönüllü sosyal hizmet grupları ile buluşturmak.
- 4) *Torunu Olur musun?*

Projesi kapsamında iki kuşağı buluşturmak ve gençlik yıllarında sağlıklı bir yaşlılığın planlanmasını başlatmak.

- 5) *Anıları çağrıştırma terapisi; Türk Sanat Müziği Konseri dinletisi.*

İŞBİRLİĞİ YAPILAN KURULUŞLAR

- * Türkiye Alzheimer Derneği İzmir Şubesi
- * Güzelyalı & Göztepe İyileştirme Platformu
- * Konak Belediyesi
- * Ege Geriatri Derneği
- * Denizlililer Derneği
- * Gündoğdu Rotaract Kulübü
- * Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- * İzmir İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü
- * 118-R Yönetim Çevresi
- * Güneş Leo
- * Gündoğdu Rotaract
- * Toplum Gönüllüleri Vakfı

GENÇLİK EĞİTİM PANELİ

Toplum Gönüllülüğünde Gençleşme

Rana Dayıoğlu Oyman

(İzmir İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü. Proje Geliştirme Birimi Sosyal Çalışmacı)

Toplum Gönüllüleri Vakfı

Müge Kılınç

(Toplum Gönüllüleri Vakfı Üyesi)

HALK EĞİTİM PANELİ

Moderatör

Uzm. Dr. Behiye Özer

(Atatürk Eği. Ve Arş. Hastanesi Nöroloji Ana Bilim Dalı)

Geriatri Nedir?

Uzm. Dr. Sevnaz Şahin

(E.Ü.Tıp Fak. Geriatri Bilim Dalı)

Alzheimer Nedir?

Doç.Dr. Yaprak Seçil

(Atatürk Eği. Ve Arş. Hastanesi Nöroloji Ana Bilim Dalı)

TÜRK SANAT MÜZİĞİ KONSERİ

Şef

Güven Yağtu (Yönetiminde)

Güzelyalı Kültür Sanat Derneği Korosu

UNUTMAK YAŞLILIĞIN DOĞAL SONUÇU DEĞİLDİR.

10 BELİRTİYE DİKKAT

1. Hafıza kaybı olması
2. Zamanı ve yerleri karıştırmak
3. Eşyaları yanlış yerlere koymak, bulamamak
4. Konuşma güçlükleri
5. Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede güçlük çekmek
6. Huy değişiklikleri olması
7. Davranış değişiklikleri olması
8. Olayları değerlendirme ve karar vermede güçlük çekmek
9. Muhakemede güçlük çekmek
10. Olaylara ilgi ve günlük becerilerin kaybı

BEYNİNİZİ ÇALIŞTIRIN

Fiziksel egzersizler nasıl vücudunuzu sağlıklı kılıyorsa, düzenli zihinsel çalışmalarda yaşlandığınızda beyninizi sağlıklı kılar. Örneğin stresten uzak durmak ve yeterli uyku vücudunuz için nasıl iyiye, beyniniz içinde iyidir.

Alzheimer hastalığı ve diğer beyin hastalıklarından korunma ile ilgili “ Cleveland Clinic, Keep Memory Alive “ organizasyonu, beyni sağlıklı tutmak için yapılacakları şöyle özetlemiştir:

1. Zihinsel olarak zorlayıcı ve ilginç aktivitelerle meşgul ol.
2. Kademe kademe yeni bilgiler öğren
3. Yeterli uyu. Beynin bilgi ve deneyimleri uzun süreli hafızaya kaydetmesi için süreye ihtiyacı vardır.
4. Stresi azalt. Stres dikkat, konsantrasyon ve hatırlamayı bozar.
5. Fiziksel aktiviteleri sürdür. Egzersiz kan dolaşımını artırarak beyin hücrelerine oksijen ve gıdaların naklini artırır ve beynin daha etkili çalışmasını sağlar.
6. Sosyal ilişkiler içinde ol. Araştırmalar geniş ve çeşitli sosyal ağ içinde olan kişilerin daha sağlıklı kaldığına işaret etmektedir.



ALZHEIMER

GÜNDÜZ BAKIM EVİ İÇİN

TUT ELİMDEN

Bağışlarınız için Hesap No: İşbankası Konak Şubesi (3408) - 1549801
IBAN: TR 2200 0640 0000 1340 8154 9801
ADRES: Mithatpaşa caddesi No:384/1 Karataş/İZMİR
TEL: 0 232 425 54 72 - 0 533 340 66 25

TÜRKİYE
ALZHEIMER
DERNEĞİ
"Kulüpten beyne"
İzmir Şubesi

PROJE - 3

GENÇLERLE YAŞLILAR EL ELE PROJESİ

Burcu ÖNEŞ

“Gençlerle Yaşlılar El Ele” projesi ile giderek artan yalnız yaşayan yaşlı nüfusun psiko-sosyal rehabilitasyonuna destek olunması, gençlerin sosyal sorumluluk projelerinde yer almasının sağlanması, kuşaklar arası eşitlik ve dayanışmanın güçlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Neden Yaşlılar Neden Gençler ?

İGEP ihtiyaç analizi raporunda yer alan 2005-2030 nüfus projeksiyonu çalışmasına göre İzmir’de 2005 yılında 220264 kişi olarak saptanan 65 yaş ve üstü kişilerin 2030 yılında 756748 olacağı öngörülmektedir.

Özellikle İzmir yumuşak iklimi ve uygun coğrafi koşulları nedeni ile il dışından emekli nüfus tarafından da tercih edilen bir il konumuna gelmiştir. Bütün bu nedenler, artan yaşlı nüfusu için mevcut kapasitenin ve hizmet çeşitliliğinin artırımı sonucunu beraberinde getirmektedir.

2007 yılı nüfus verileri Türkiye’de 15-24 yaş aralığında yaklaşık 12 milyon genç bulunduğunu göstermektedir. 2008 adrese dayalı kayıt sistemine göre ise İzmir’de 15-24 yaş aralığında 568.458 genç bulunmaktadır. Bu veriler, gençlerle sosyal çalışma yapmanın önemine vurgu yapmaktadır.

Projemizde belediyemiz tarafından tespit edilen yaşlılarımıza, üniversite öğrencilerimiz düzenli aralıklarla gitmektedirler. Yaşlı ziyaretleri öncesinde gençlerimiz, uzmanlarımız tarafından verilen ve bir buçuk gün süren yaklaşık 14 saatlik bir eğitimden geçirilmektedirler.

Sosyal işler şube müdürlüğü önderliğinde, İzmir Büyükşehir Belediyesi Eşrefpaşa Hastanesi, İzmir Büyükşehir Belediyesi Sağlıklı Yaş Alma Merkezi, Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği, Ege Çağdaş Eğitim Vakfı ile görüşmeler yapılarak proje uygulama ve eğitim ekibi oluşturulmuştur. Çeşitli bölgelerden yaşlılar ile görüşmeler yapılmış, yaşlıların projeye katılımı sağlanmıştır. Yaşlı görüşmeleri sürmektedir. Projede yer alacak öğrenciler öncelikli olarak ÇYDD ve EÇEV’de gönüllü çalışan ya da burs alan üniversite öğrencileri arasından ön görüşme yapılarak belirlenmiştir.

Eğitim programımız aşağıdaki konulardan oluşmaktadır.

Gençler ve Yaşlılar Elele projesi eğitim programı

- | | |
|--|---|
| 1. Yaşlılık olgusu | Psikolog Dilek Egi (İBB Yaş Alma Merkezi) |
| 2. Yaşlılarla İletişim | Psikolog Dilek Egi (İBB Yaş Alma Merkezi) |
| 3. Yaşlılık Hastalıkları | Hemşire Aliye Savaş (Eşrefpaşa Hastanesi) |
| 4. Temel İlk yardım eğitimi | Hemşire Fatma Koçyiğit Eşrefpaşa Hastanesi |
| 5. Ev Kazalarının Önlenmesi | Hemşire Fatma Şahin Eşrefpaşa Hastanesi |
| 6. Proje bilgilendirmesi | Sosyolog Burcu Önenç (Sosyal İşler Şb. Md.) |
| 7. Zaman geçirme ile ilgili temel öneriler | Sosyolog Burcu Önenç (Sosyal İşler Şb. Md.) |

Geleneksel ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kadının çalışma hayatına girmesi, gelenek, kültür ve değerlerdeki değişimler, yaşlı nüfusun artması yaşlılığı bir sosyal sorun olarak ortaya çıkarmaktadır. Yaşlılığın getirdiği sağlık problemleri ve çocukların evden ayrılması, eşin ölümü gibi sosyal sorunlarla yalnız uğraşmak durumunda kalan yaşlılarda depresyon ve benzeri psikolojik rahatsızlıkların başladığı, bu tip rahatsızlıkların demans-alzheimer gibi rahatsızlıkları tetiklediği ve arttırdığı belirlenmiştir.

Yaşlıların yaşadığı hem fiziksel, hem de sosyal olumsuzluklar, çeşitli sosyal proje ve çalışmalarla toplumun yaşlanma konusunda bilinçlendirilmesinin önemini ortaya çıkartmaktadır. Bu kapsamda projeye hedeflenen; toplumsal bir kaynak olarak yaşlılar üzerinde odaklanarak, kuşaklar arasında karşılıklı, üretken paylaşımın geliştirilmesini amaçlayan girişimlerde bulunulması, yaş grubu ayrımcılığından kaçınılarak, bütün yaş gruplarının bir araya gelmesini kolaylaştıran toplantılar düzenleyip, toplumlarda kuşaklar arası ilişkileri sürdürmek ve geliştirmek amacıyla olanakların

artırılması, kuşaklar arası dayanışmanın teşvik edilip güçlendirilmesi konularında çalışmalar yapılmasıdır.

2010 yılı içinde ön hazırlıkları ve araştırmaları tamamlanan, ekim ayında gençlerimizin katılımı için Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği ve Ege Çağdaş Eğitim Vakfı ile protokol imzalanan, kasım ve aralık aylarında yaklaşık 50 gencin eğitiminin gerçekleştirildiği projemizde gençlerimiz, aralık ayı başında yaşlı ziyaretlerine başlamışlardır.

Yaşlı ziyaretleri, haftada bir kez olmak üzere, ayda dört kez gerçekleşmekte, haftalık ziyaretler en az bir saat sürmektedir. Eğitimler sırasında uzmanlarımız ve gençlerin fikirleri ile yapılandırılmış yaşlı ziyaretlerinde aşağıdaki faaliyetler gerçekleştirilmektedir.

- Demans, alzheimer, bunama gibi rahatsızlıkların ötelenmesi amacı ile birlikte hafıza geliştirici scrabble, puzzle gibi bulmacaların çözülmesi
- Ev kazalarına karşı evi gözlemleme, yaşlıya bu konuda yardımcı olma
- Kitap ve gazete okuma
- Hafif ev yardımı
- Hafif çarşı yardımı
- Yaşlılara dışarıdaki işleri için refakat etme
- Uygun yaşlılarla sözlü tarih/anı çalışması
- Konser, tiyatro, yürüyüş gibi ortak etkinliklerde projeye katılan genç ve yaşlıların bir araya gelmesi

Proje ekibimiz, ihtiyaç duyuldukça hem yaşlılara hem de gençlere danışmanlık hizmeti vermektedir. Gönüllü gençlerle kurulan mail grubu aracılığı ile haberleşilmekte, özellikle İzmir dışından gelen öğrencilerimizle hem İzmir ile ilgili, hem de ihtiyaç duydukları konularla ilgili bilgilendirme yapılmaktadır.

Projemizle ilgili ayrıntılı bilgi için 2933568-2931737 numaralı telefonları arayabilirsiniz.

KONAK BELEDİYESİ YAŞLI ÇALIŞMALARI

Serpil GÜNGÖR

Konak Belediyesi’nden Alzheimerlı hasta ve yakınlarına Sosyal Destek “Yarın Evdeyseniz Size Geliyoruz”Projesi:

Belediyemiz ve Alzheimer Derneği birlikte rutin olarak her hafta Alzheimerlı hastaların evlerini ziyaret ederek hem moral, hem sağlık hem de ihtiyaçlarına göre bazı desteklerde bulunmaktadır.

Rutin gerçekleştirilen sağlık taramaları:

Şeker, kolesterol, tansiyon, kansızlık, solunum fonksiyon testleri, EKG gibi testlerle semtlerde ücretsiz sağlık taramalarımız yapılmaktadır. Zaman zaman da EÜTF Geriatri BD ile ortaklaşa kemik dansitometri ölçümleri yapılarak kemik erimesi kontrolleri yapılmaktadır.

Sağlıklı ve başarılı yaşlanma eğitimleri:

EÜTF, DEÜTF, İzmir Tabip Odası, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KETEM ve birçok sivil toplum kuruluşu ile sağlıkla ilgili bilgilendirme toplantılarımız yapılmaktadır. 2011 de ‘ Sağlıkta buluşma günleri’nde EÜTF İç hastalıkları AD Geriatri ve Fizik Tedavi BD ile yaşlılıkla ilgili birçok bilgilendirme seminerleri yapıldı.

Ambulans:

Bir adet hasta nakil ambulansımız Konak yatalak hastaların ücretsiz nakillerini gerçekleştirmektedir.

Hasta ve yaşlı bakım kursları:

Konak Halk Eğitim Müdürlüğü işbirliği ile meslek eğitim kursları kapsamında halka yönelik hasta ve yaşlı bakım kursları ile sertifika verilmekte ve iş imkanı ile yaşlılara bakım hizmeti de sağlanmaktadır.

Yaşlı Gündüz Bakım Evi Projesi:

Yaşlı Gündüz Bakım Evimiz açılıyor. Belediyemiz mülkiyetinde bulunan, İzmir İli, Konak İlçesi 707 ada 43 parselde Yaşlı Gündüz Bakımevi yapılması planlanlanmış ve çalışmalara başlanmıştır

Sosyal Programlar:

Sosyal Belediyecilik anlayışı ile yaşlılarımız için çeşitli sosyal ve kültürel etkinlikler düzenlenerek, onların sosyal hayatın içinde olmaları desteklenmektedir.

**KONAK BELEDİYESİ HALKA YÖNELİK BİLGİLENDİRME
TOPLANTILARINDAN GÖRÜNTÜLER**



İZMİR 4. İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU “Yaşlanan Bedenle Yaşam”

23 - 24 Mart 2011, Balçova Termal Otel, İZMİR



POSTER ÖZETLERİ

P - 1

SAĞLIKLI YAŞLILIK İNTERAKTİF WEB SİTESİ

Semih ÖTLEŞ, İlknur SELEK, Buket YALÇIN

Ege Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Gıda Mühendisliği Bölümü

Dünya Sağlık Örgütü' ne göre 65 yaşta başlayan ve çeşitli fizyolojik değişikliklerle ilerleyen evre yaşlılık olarak tanımlanabilmektedir. Yaşlılık ve bu süreçte insanlarda meydana gelen değişimleri konu alan, sağlıklı bir yaşlılık evresi için alınması gereken önlemleri içeren, 'Sağlıklı Yaşlılık İnteraktif Web Sitesi' olarak adlandırılan geniş kapsamlı bir web sitesi oluşturulmuştur. Bu site Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı ve Mühendislik Fakültesi Gıda Mühendisliği Bölümü ortak ürünüdür.

Bu sitenin amacı, insanların daha sağlıklı, mutlu ve huzurlu bir yaşlılık dönemi geçirmesi için alınabilecek önlemleri ve önerileri kişilere ulaştırmaktır.

Bu sitede, yaşlılıkta en sık görülen hastalıklar olan alzheimer, kemik erimesi, kalp-damar hastalıkları, kanser, görme bozuklukları alt başlıklarını içeren geriatri; yaşlılıkta egzersizin önemi, yaşlıların toplumdaki yeri, yaşlıların hayattan beklentileri, yaşlılara sunulan sosyal hizmetler, yaşlılıkta psikoloji konularını içeren gerontoloji; uyku, yeşil çay ve siyah çayın sağlık üzerine etkileri; anti-aging ve beslenme; bitkisel desteklerin doğru kullanılması ve fonksiyonel gıda olarak kullanılan doğal yağlar ile ikinci bahar beslenme, türk kahvesi, lifli gıdalar, sarımsak ve cildimize yararlı gıdalar konuları üzerine özel sunumlar gibi başlıklar yer almaktadır. Bunlara ek olarak yaşlılıkta yaşam kalitesi arttırmak için bazı öneriler verilmiştir. Bu başlıklar çeşitli görsel sunumlarla desteklenmiş ve özellikle görme konusunda sorun yaşayan yaşlılar düşünülerek sesli sunumlar hazırlanmıştır.

Bunun yanı sıra yaşlıların soru ve görüşleri için iletişim kurabilecekleri bir sistem bulunmaktadır. Sorular ilgili kişiler tarafından yanıtlanmaktadır.

P - 2

ALZHEİMER HASTASINA BAKIM VEREN BİREYLERİN YAŞADIĞI ZORLUKLARIN İNCELENMESİ

Şerife KAYTAN*, Leyla KHORSHID**

AMAÇ: Bu araştırma Alzheimer hastasına bakım veren bireylerin yaşadığı zorlukları incelemek amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu araştırmanın evrenini İzmir’de oturan ve Alzheimer hastasına bakım veren bireyler, örneklemini ise Alzheimer Derneğinin İzmir şubesine üye olan ve Alzheimer hastasına bakım veren 87 birey oluşturmuştur. Araştırmada veriler 01.04.2010-30.04.2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacılar tarafından geliştirilen bir anket formu kullanılmıştır. Veriler bireylerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin analizinde yüzdeler ve ki-kare testi kullanılmıştır. Çalışmanın yürütülebilmesi için dernekten yazılı izin, bireylerden ise sözel onam alınmıştır.

BULGULAR: Alzheimer hastasına bakım veren bireylerin %66.7’sinin sosyal zorluk, %59.8’inin ekonomik zorluk, %58.6’sının ailesel zorluk ve %78.2’sini psikolojik zorluk yaşadığı saptanmıştır. Alzheimer hastasına bakım veren bireylerin günlük bakım verme sürelerinin ailesel zorluk yaşamayı etkilemediği, ancak psikolojik, ekonomik ve sosyal zorluk yaşamayı etkilediği bulunmuştur. Bakım verme süresi arttıkça bireylerin psikolojik, ekonomik ve sosyal zorluk yaşama oranı da artmaktadır. Alzheimer hastasına bakım veren bireylerin bakım verdikleri birey ile yakınlık derecesinin ekonomik, sosyal, ailesel ve psikolojik zorluk yaşamayı etkilemediği saptanmıştır. Geliri giderinden az olan bireylerde sosyal ve ekonomik zorluk yaşama oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Alzheimer hastası dışında bakım vermesi gereken birey bulunan bireylerde sosyal zorluk yaşama oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Alzheimer hastasına bakım veren bireylerin bir işte çalışma durumunun ekonomik, sosyal ve ailesel zorluk yaşamayı etkilemediği, ancak psikolojik zorluk yaşamayı etkilediği, bir işte çalışan bireylerde psikolojik zorluk yaşama oranının daha az olduğu saptanmıştır.

SONUÇ: Alzheimer hastasına bakım veren bireylerin yaklaşık 2/3’ünün sosyal, ekonomik, ailesel ve psikolojik zorluklar yaşadıkları saptanmıştır. Bu bireylerin yaşadıkları sorunları azaltmaya yönelik yerel yönetimlerin de katkısı alınarak mültidisipliner çalışmalar yürütülmelidir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

Alzheimer hastalığı, bakım verme, bakım veren birey, yaşlı

*Yüksek Hemşire

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi

P - 3

YAŞLILIK VE SAĞLIK ALANINDAKİ EŞİTSİZLİKLER

Ahmet Selçuk KILINÇ¹ Afife ERKAN SOFUOĞLU²

Sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerin sağlık alanında eşitsizliklere neden olduğu bilinmektedir. Nüfus hızla yaşlanmakta, kronik hastalıklar, engellilik ve yoksulluk en çok da dezavantajlı bir grup olarak kabul edilen yaşlı nüfusu etkilemekte, sağlık alanındaki eşitsizlikler kadın yaşlıda daha derinden hissedilmektedir. Günümüzde henüz anne karnına düşmeden başlayan sağlık bakımı anne ve bebek ölümlerini azaltsa da, daha az sorunlu bir çocukluğun ardından, ne yazık ki ergenlik ve yetişkinlik döneminde sağlığın korunamaması sağlıklı yaşlılığı beraberinde getirmektedir. Doğal olarak; tıbbın tek başına sağlık sorunlarına çözüm getirmesi beklenemez. Sağlık alanındaki eşitsizliklere çözüm bulmak için disiplinler arası bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Toplumun sağlık hizmetine erişimin önündeki engeller ortadan kalkıyor olsa da, bir taraftan da kadınsallaşan yaşlının dezavantajlı olduğu bilinmektedir. Günümüzde hâkim olan sağlık yaklaşımı herkesin sağlığı ile ilgilenmek olsa da, yaşlıların sağlık ve sosyal hizmetlere erişimindeki engeller devam ettiğinden yaşlı nüfusa ayrıcalıklı hizmet sunulması gerekmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu, emekliliği ve sağlık bakımını sağlıyor olsa da, sosyal bakım hizmetlerini sınırlı olarak verebilmektedir. Yaşlıların en fazla yararlanmasını beklediğimiz, Sosyal Hizmetler İl Müdürlüklerince organize edilen ve evde bakım parası diye bilinen uygulama ile İl Sağlık Müdürlüklerince takibi yapılan evde sağlık hizmetleri uygulamaları, eşitsizliklerin azaltılması yönünde olumlu çabalar olarak görülse de, hizmet sınırlı bir nüfusa sunulabilmekte, özellikle yaşlı nüfusun sağlık bakımı içeriğinde olması gereken sosyal bakım göz ardı edilebilmektedir. Entegre olarak sunulması gereken hizmetin birden fazla kurum tarafından ayrı ayrı verilmeye çalışılması da sorunun çözümündeki en büyük engel olarak durmaktadır. Halbuki; özel sektörün ve belediyelerin örnek uygulamaları bulunmaktadır. Yaşlının yaşadığı yerdeki belediyenin yaşlıya bakışı ile sosyal güvencesinin olup olmadığı ve sosyoekonomik durumu giderek bireyselleşen toplumumuzda yaşlının kaderini belirlemektedir. Bakımın evdeki kadın eliyle mi, yoksa kurumlar eliyle mi verileceğine karar verilmelidir. Eğer sağlık alanında sunulan hizmetlerle sosyal hizmetler entegre edilebilirse özellikle yaşlılar açısından sağlık alanında yaşanan eşitsizliklerin önüne geçilebilir. Yaşlı sağlığı özelinde; sağlık bakım sigortası gibi sosyal bakım sigortasının oluşturulmasının sağlık alanında yaşanan eşitsizliğin azaltılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: sağlık, eşitsizlik, yaşlı, sosyal bakım, sigorta

¹Doktor, Burdur İl Sağlık Müdürlüğü, cep:0 533 6353324 , mail: selcuk.kilinc@hotmail.com

²Sosyal Çalışmacı, Burdur İl Sağlık Müdürlüğü, cep:0 532 3529133 , mail:afifeerkan@hotmail.com

P - 4

YAŞLILARDA SOSYO-EKONOMİK DURUMUN SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE
ÖZNEL SAĞLIK ALGISINA ETKİSİ: İZMİR, BAK PROJESİ ÖRNEĞİ

Hatice ŞİMŞEK*, Sinem Amaç DOĞANAY*, Refik BUDAK*, Reyhan UÇKU*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

GİRİŞ-AMAÇ: Sosyoekonomik eşitsizlikler tüm yaş gruplarının sağlığını olumsuz etkilese de yaşlılarda sorunların daha da derinleşmesine neden olarak kötü sağlığın güçlü bir belirleyicisi olmaktadır. Buna karşın yaşlılar eşitsizlik çalışmalarının en az yapıldığı yaş grubunu oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı yaşlılarda cinsiyete göre sosyo-ekonomik durumun (SED) sağlık davranışları ve öznel sağlık algısına etkisini belirlemektir.

YÖNTEM: Balçova'nın Kalbi (BAK) Projesi'nin durum saptama aşaması verileri değerlendirilerek yapılan kesitsel-analitik bir çalışmadır. Bu çalışma projede 30 yaş ve üzeri ulaşılan 15 441 kişiden 65 yaş ve üzeri 3057 kişiyi (1183 erkek, 1874 kadın) içermektedir. Bağımlı değişkenler sigara kullanımı, fiziksel inaktivite ve sağlıklı beslenmeyi içeren sağlık davranışları ile öznel sağlık algısıdır. Bağımsız değişken sosyal sınıf, öğrenim durumu ve ekonomik durum algısı değişkenlerini içeren SED'dir. Yaş, medeni durum ve süregen hastalık varlığı olası karıştırıcı etmenlerdir. Veri BAK Projesi dahilinde eğitilmiş anketörler tarafından evde yüz-yüze görüşme yöntemi ile toplanmış, Lojistik Regresyon Analizi ile çözümlenmiştir. Lojistik Regresyon modelleri cinsiyete göre her bir bağımlı değişken için ayrı oluşturulmuş; öğrenimde “ortaokul ve üzeri”, ekonomik durum algısında “çok iyi-iyi”, sosyal sınıfta “işveren-kendi hesabına çalışan” grubundakiler referans grup olarak alınmış; OR (%95 GA) olarak sunulmuştur.

BULGULAR: Çalışmaya katılanların ortalama yaşı kadınlarda 72.5±5.6 (65-106), erkeklerde 71.8±5.6 (65-98)'dir.

Erkeklerde diplomasız olanlar 4.46 (%95 GA= 1.286-15.434); çok kötü-kötü ekonomik durum algısına sahip olanlar 3.21 (%95 GA= 1.129-9.106) kat fazla sağlıklı beslenmektedir. Erkeklerde SED değişkenleri sigara kullanımı, fiziksel inaktivite ve kötü öznel sağlık algısını anlamlı olarak etkilememektedir.

Kadınlarda düşük öğrenim düzeyi, düşük sosyal sınıf sigara kullanımı; yüksek nitelikli-beyaz yakalı çalışan olma fiziksel inaktivite açısından koruyucudur. Kadınlarda ilkokul mezunu olanlar 1.55 (%95 GA= 1.022-2.352), diplomasızlar 2.21 (%95 GA= 1.415-3.463); ekonomik durum algısı çok kötü-kötü olanlar 2.84 (%95 GA= 1.509-5.349) kat fazla sağlıklı beslenmektedir. Kadınlarda diplomasız olma 2.00 (%95 GA= 1.250-3.213); ekonomik durum algısı çok kötü-kötü olma 1.79 (%95 GA= 1.048-3.060) kat fiziksel inaktivite riskini artırmaktadır. Kadınlarda ekonomik durum algısı orta olanlar 1.74 (%95 GA= 1.172-2.583), çok kötü-kötü olanlar 3.01 (%95 GA= 1.701-5.311) kat fazla kötü öznel sağlık algısına sahiptir.

SONUÇLAR: Yaşlı erkeklerde SED sigara kullanımını, fiziksel inaktiviteyi, öznel sağlık algısını etkilemezken, düşük SED sağlıklı beslenmede riski artırmaktadır. Yaşlı kadınlarda düşük SED'de olmak sigara kullanımı açısından koruyucuyken; sağlıklı beslenme, fiziksel inaktivite, öznel sağlık algısında riski artırmaktadır. Yaşlılarda kötü sağlık davranışları ve kötü sağlık durumunu ortadan kaldırmak için ülke çapında SED'i ne olursa olsun herkesi kapsayan hizmetlerin geliştirilmesi yanında sosyal eşitsizlikleri ortadan kaldırmaya yönelik politikalar oluşturulmalıdır.

Anahtar sözcükler: yaşlı, sosyoekonomik durum, sağlık davranışı, öznel sağlık algısı

İZMİR 4. İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU “Yaşlanan Bedenle Yaşam”

23 - 24 Mart 2011, Balçova Termal Otel, İZMİR

Tablo 1. Yaşlıların cinsiyete göre bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Özellik	Erkek		Kadın	
	n	%	n	%
Yaş grubu				
65-74	839	70.9	1241	66.2
75+	344	29.1	633	33.8
Öğrenim durumu				
Okuryazar değil	51	4.5	446	24.8
Okuryazar	49	4.3	234	13.0
İlkokul	521	45.6	914	50.9
Ortaokul	135	11.8	103	5.7
Lise	287	25.1	85	4.7
Üniversite	99	8.7	13	0.7
Ekonomik durum algısı				
Çok kötü	6	0.5	15	0.8
Kötü	79	6.9	173	9.6
Orta	948	83.1	1466	81.6
İyi	106	9.3	143	8.0
Çok iyi	2	0.2	0	0.0
Sosyal sınıf				
İşsiz	4	0.4	11	0.6
Çalışmayan/ev kadını	13	1.2	1471	83.9
Mavi yakalı çalışan	285	25.1	127	7.2
Niteliksiz hizmet işçisi	129	11.8	31	1.8
Beyaz yakalı çalışan	382	34.9	61	3.5
Yüksek nitelikli çalışan	90	8.2	17	1.0
Kendi hesabına çalışan	130	11.9	26	1.5
İşveren	62	5.7	9	0.5
Medeni durum				
Bekar	29	2.5	35	2.0
Dul	83	7.3	936	52.2
Boşanmış	8	0.7	33	1.8
Evli	1019	89.5	788	44.0
Süregen hastalık sayısı				
0	298	30.5	266	17.5
1	340	34.8	558	36.8
2+	338	34.6	692	45.6

Tablo 2. Cinsiyete göre yaşlıların sağlık davranışları ve öznel sağlık durumunun dağılımı

	Erkek		Kadın	
Özellik	n	%	Özellik	n
Sigara kullanımı				
Düzenli içici	122	6.8	214	18.7
Arasıra içici	32	1.8	22	1.9
Bırakmış	263	14.6	585	51.1
Hiç içmemiş	1385	76.9	323	28.2
Fiziksel aktivite durumu				
Ağır fiziksel aktivite	12	1.2	12	0.8
Orta fiziksel aktivite	345	34.0	351	22.2
Düşük fiziksel aktivite	243	23.9	527	33.4
Sedanter	415	40.9	689	43.6
Beslenme durumu				
İyi	227	20.1	415	23.5
Kötü	904	79.9	1354	76.5
Öznel sağlık algısı				
Çok iyi	23	2.0	12	0.7
İyi	530	46.3	488	27.1
Orta	463	40.5	883	49.1
Kötü	124	10.8	393	21.8
Çok kötü	4	0.3	23	1.3

Tablo 3. Erkeklerde sosyo-ekonomik durumun sağlık davranışları ve öznel sağlık durumuna etkisi (Lojistik regresyon analizi)

Yaş, medeni durum (eşi var/eşi yok), süregen hastalık sayısına (0-1/ 2+) göre düzeltilmiştir.

Tablo 4. Kadınlarda sosyo-ekonomik durumun sağlık davranışları ve öznel sağlık durumuna etkisi (Lojistik regresyon analizi)

	Sigara kullanımı		Sağlıksız beslenme		Fiziksel inaktivite		Kötü öznel sağlık algısı	
	p	OR(%95GA)	p	OR(%95GA)	p	OR(%95GA)	p	OR(%95GA)
Öğrenim								
Ortaokul ve üzeri		1.000		1.000		1.000		1.000
İlkokul	0.035	0.491(0.254-0.952)	0.039	1.551(1.022-2.352)	0.339	1.251(0.791-1.978)	0.974	1.007(0.663-1.531)
Diplomasız	0.050	0.496(0.246-0.999)	0.001	2.213(1.415-3.463)	0.004	2.004(1.250-3.213)	0.206	1.331(0.855-2.074)
Ekonomik durum algısı								
Çok iyi-iyi		1.000		1.000		1.000		1.000
Orta	0.718	1.174(0.493-2.796)	0.203	1.318(0.862-2.014)	0.797	1.057(0.691-1.617)	0.006	1.740(1.172-2.583)
Çok kötü-kötü	0.124	2.193(0.807-5.961)	0.001	2.841(1.509-5.349)	0.033	1.791(1.048-3.060)	<0.001	3.006(1.701-5.311)
Sosyal sınıf								
İşveren-kendi hesabına çalışan		1.000		1.000		1.000		1.000
Yüksek nitelikli-beyaz yakalı	0.001	0.028(0.003-0.251)	0.567	1.321(0.509-3.432)	0.031	0.335(0.124-0.903)	0.177	0.479(0.165-1.395)
Mavi yakalı-niteliksiz	0.009	0.250(0.088-0.709)	0.307	1.555(0.667-3.625)	0.059	0.447(0.193-1.031)	0.195	0.526(0.199-1.389)
Ev kadını	<0.001	0.186(0.078-0.446)	0.267	1.538(0.719-3.288)	0.082	0.513(0.241-1.089)	0.235	0.577(0.233-1.431)

Yaş, medeni durum (eşi var/eşi yok), süregen hastalık sayısına (0-1/ 2+) göre düzeltilmiştir.

P - 5

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 3. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN GERİATRİ HAKKINDAKİ FARKINDALIKLARI ve İLGİLERİ

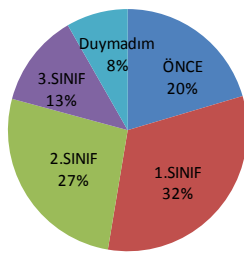
Begüm KOYUN¹, Sevnaz ŞAHİN², Mehmet Akif YALÇIN², Fehmi AKÇİÇEK²¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 3. Sınıf Öğrencisi, Bornova/İzmir²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları AD, Geriatri BD, Bornova/İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ : Ülkemiz hızla yaşlanan bir ülkedir. 2010 yılı TUIK adrese dayalı nüfus sayımına göre ülkemizdeki 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı % 7.2'dir (5.327.736 kişi). Nüfus bilimciler bu oranın 2025 yılında %10'u, 2050 ise %20 yi bulacağını öngörmektedirler. Artan yaşlı nüfus beraberinde sağlık alanında talepleri de getirmektedir. Sağlık alanındaki taleplerin karşılanması ise bu alanda uzmanlaşmış sağlık personeli gerekliliğini gündeme getirmektedir. Bu çalışmamızda Ege Üniversitesi 3. Sınıf öğrencilerinde geriatri alanındaki farkındalıklarını saptamak ve geriatriye ilgilerini değerlendirmeyi amaçladık.

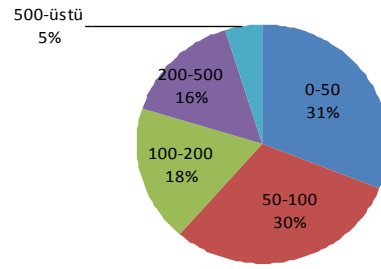
GEREÇ VE YÖNTEM : Çalışmaya 264 öğrencisi alınmıştır. Demografik verilerde öğrencilerin yaş, cinsiyet, evde yaşlı yakınları olup olmadığı kaydedilmiştir. Katılımcıların Geriatri alanında bilgilerini değerlendiren 5 soruluk anket uygulanmıştır. Anket formu Geriatri Bilim Dalında (BD) özel çalışma modülü tercihi yaparak gelen ve temel geriatri eğitimi alan 2 Tıp fakültesi 3. Sınıf öğrencisi ve 1 geriatri uzmanı tarafından hazırlanmıştır. Ankette, öğrencilerin Geriatriyi duyup duymadıkları , ne zaman duydukları, geriatri BD'nin hangi yaş grubuyla ilgilendiği, ülkemizdeki geriatrist sayısı, kariyerlerinde Geriatri uzmanı olmayı düşünüp düşünmedikleri ve geriatri uzmanı olmak için ne yapmaları gerektiğini bilip bilmedikleri sorulmuştur.

BULGULAR : Öğrencilerin 148'i erkek %56 , 116'sı %44 kadın, ortalama yaş 21.3 ± 1.01 olarak saptandı. %15'i evinde bir yaşlıyla birlikte yaşıyordu. Öğrencilerin geriatriyi ilk duydukları zaman değerlendirildiğinde %8'inin duymadığı , % 20 sinin üniversiteye gelmeden önce duyduğu , %32 si üniversite 1. sınıfta duyduğunu , %27 si üniversite 2. sınıfta duyduğunu ve % 13'ünün üniversite 3. sınıfta duydukları belirttiler. Sonuçlar tablolarda gösterilmiştir.

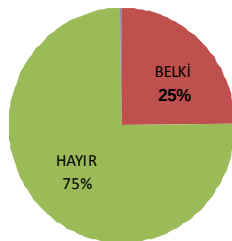
İlk Duyma



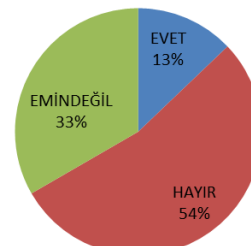
Kaç Tane Geriatri Uzmanı Var ?



Geriatri Uzmanı Olma İsteği



Neler Yapılmalı



TARTIŞMA : Tıp Fakültesi 3. Sınıf öğrencilerinin %92'sinin geriatri bilimdalını daha önce duydukları saptanmıştır. Bu oranın yüksek olması Ege üniversitesinde geriatri BD'nın kurulmuş olması ile ilişkili olarak düşünülmüştür.

Ülkemizde yaşlı nüfus hızla artmasına rağmen geriatri uzmanı sayısı son derece yetersizdir, şu anda ihtisas yapan dahiliye uzmanları eklendiğinde bu rakam ancak 30'u bulmaktadır. Öğrencilerde geriatriyi bilme oranı yüksek olmasına rağmen %69'u 50 den fazla uzman olduğunu belirtmiş, hatta %5 i 500'ün üzerinde demiştir. Bu konuda tıp fakültesi öğrencilerin bilgilendirilmesi, alana ilgiyi artırması açısından önemlidir.

Öğrencilerin Geriatri BD hakkındaki farkındalıkları yüksek olmasına rağmen, sadece %25'inin belki diye yanıt vermesi anlamlıdır. Öğrencilerin sadece %13'ünün geriatri uzmanı olmak için neler yapılması gerektiğini bilmeleri ve %87sinin bilmemesi tercih edilmemesinin bir nedeni olarak düşünülmüştür. Geriatri BD, bir çok farklı nedenle tüm dünyada benzer bir bakış açısına sahiptir. Ülkemizde hızla artan yaşlı nüfus ve yetersiz sayıdaki geriatri uzmanı dikkate alındığında bu konuda öğrencileri heveslendirecek yaklaşımlar üzerine yoğunlaşılması gerektiği düşünülmüştür. Geriatri uzmanı olma isteği ile evde yaşlı bir yakının yaşaması arasında ilişki saptanmamıştır. Bunun nedeninin öğrencilerin yaş ortalamasının düşük olması dolayısıyla birlikte yaşadıkları yaşlıların 65 yaş altında olabileceği ile veya genç yaşlı olarak tanımlanan 65-74 yaş grubunda olabileceği ile açıklanmıştır. Literatürden farklı olarak Geriatri ile ilgilene öğrenciler arasında cinsiyet farkı saptanmamıştır.

SONUÇ : Ege Üniversitesi 3. Sınıf öğrencileri arasında Geriatri BD hakkındaki farkındalıkları fazla ancak bu alanda eğitim alma isteği düşüktür. Ülkemizdeki artan nüfusa sağlık hizmeti sunumunda daha fazla uzmana ihtiyaç olduğu düşünüldüğünde üniversitelerin bu alana ilgiyi arttıracak çalışmalara ihtiyacı olduğu görülmektedir.

P - 6

BİR VAKA NEDENİYLE GERİATRİK HASTAYA HOLİSTİK YAKLAŞIM

Ayşen ÇETİNTAŞ¹, Sevnaz ŞAHİN², Sumru SAVAŞ², Z. Fulden SARAÇ², M. Akif Yalçın²,
Soner DUMAN¹, Fehmi Akçiçek²

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç hastalıkları AD /Bornova/İzmir
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç hastalıkları AD/ Geriatri BD/Bornova/İzmir

86 yaş, kadın hasta, kızıyla yaşıyor

Şikayeti:Sol topukta , vücudunda yaygın yaralar, kollarda ve bacaklarda sertlik

Öykü:2 aydır sol ayak topuğunda ve vücudunda bazıları akıntılı, pis kokulu, kızarıklık , bazıları içi su dolu kesecikler şeklinde olan yaralar oluşmaya başlamış. Son 1 yıldır kollarda ve bacaklarda sertlik oluşmuş, dış ortama ilgisi azalmış, konuşmama ve donuk bakış gelişmiş.

Öz geçmişi: Alzheimer (8 yıldır)

Soy geçmişi: Özellik yok

Kronik İlaçlar: Memantin, Risperidon, Sertralin

Fizik Muayene: Bilinç açık, oryantasyon ve kooperasyon kısıtlı, alt ve üst ekstremitelerde kaslarında rijidite mevcut. Sol topukta 3-4 cm derin ülser, pis kokulu, pürlü yara ve vücudunda daha çok katlantı yerlerinde olan bazıları bülül 1-3 cm arasında değişen epidermis kaybıyla beraber olan eritemli lezyonlar

Mini Nutrisyonel Değerlendirme: 20Günlük Yaşam Aktiviteleri: Tam Bağımlı

Laboratuvar: lökositoz, Sedimentasyon ↑ ve CRP↑

Sorun 1: Cilt lezyonları

1-Enfeksiyon: Nonspesifik antibiyotik tedavisi ile remisyon

2-Bası yarası (atipik): Tedaviye yanıt alınamadı

3-Büllöz lezyonlar : Biyopsi

Sorun 2: Alt ve üst ekstremitelerde kaslarında sertlik

Spastisite ? Rijidite ?

Sorun 3:Alzheimer hastalığı

BX: BÜLLÖZ PEMFİGOİD

Sıklıkla 60 yaş üzerinde, kadın cinsiyette daha fazla görülür.

Karın bölgesi, ekstremitelerde fleksör yüzleri ve uyluk iç yüzünde yerleşen büyük gergin büllerle karakterizedir. Ürtikeryal plaklar olarak başlar. Oral mukoza tutulumu nadir. Büller rüptüre olarak yaygın erozyon ve hemorajilere yol açar.

Etiyolojide Malignite ler (meme ca, GIS ca), otoimmün hastalıklar, kronik inflamatuvar hastalıklar, ilaçlar sorumlu olabilir.

Vakamızda ANA+ saptanması üzerine etiyolojide otoimmünite düşünülerek düşük doz prednol başlandı ve remisyon sağlandı.

Yaşlı hastada rijidite ve spastisite ayrımı yapılması zordur.

Her ikinin de etiyolojisinde enfeksiyonlar, bası yarası, depresyon, stres , otoimmün hastalıklar, bir çok farklı ilaç sorumlu olabilir.

Vakamızda etiyolojide otoimmün deri lezyonları ve mevcut enfeksiyonun neden stresle düşünüldü.

Tedavide baklofen 10 mg tb 3*2 başlandı ve remisyon sağlandı.

Alzheimer son evre olarak değerlendirilen vakamızda Ach-esteraz inhibitörlerine yanıt alınamaması ve geriatrik hastada polifarmasinin yan etkileri nedeniyle ilaçları modifiye edildi.

Biz bu vakayla geriatrik hastada holistik bakış açısını vurgulamak istedik. Büllöz pemfigoid etyolojisinde maligniteler önemlidir. Ancak yaşlı hastada malignite tetkikte beklenen yaşam süresi, yaşlının yaşam kalitesi dikkate alınmalıdır. Vakamızda bu kriterler göz önüne alınarak ve hasta yakınlarının da onayı ile ileri tetkikten kaçınılmıştır. Büllöz lezyonların etiyolojisinde laboratuvar olarak da desteklenen otoimmünite düşünülmüş ve steroid başlanmış remisyon sağlanmıştır. Mevcut tıbbi sorunun çözülmesini takiben immunizasyonu sağlanmış, D vitamini replasmanı yapılmış, beslenmesi düzenlenmiş, aile ve bakıcı ile görüşülerek ev ortamı ayarlanan hasta taburcu edilmiştir.

Sonuç olarak: Geriatrik hastaya uygulanacak tetkik ve tedavilerde yaşam kalitesinin nasıl etkileneceği ve beklenen yaşam süresi dikkate alınmalı, kapsamlı geriatrik değerlendirme mutlaka yapılmalıdır.

P - 7

**BİR VAKA NEDENİYLE GERİATRİK HASTADA HİPOKALSEMİ
NEDENLERİNİN İRDELENMESİ****Gülcan BULUT¹, Sevnaz ŞAHİN², Fulden ŞARAÇ², Soner DUMAN¹, Fehmi AKÇİÇEK²***1) Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bornova/İzmir**2) Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Bornova/İzmir*

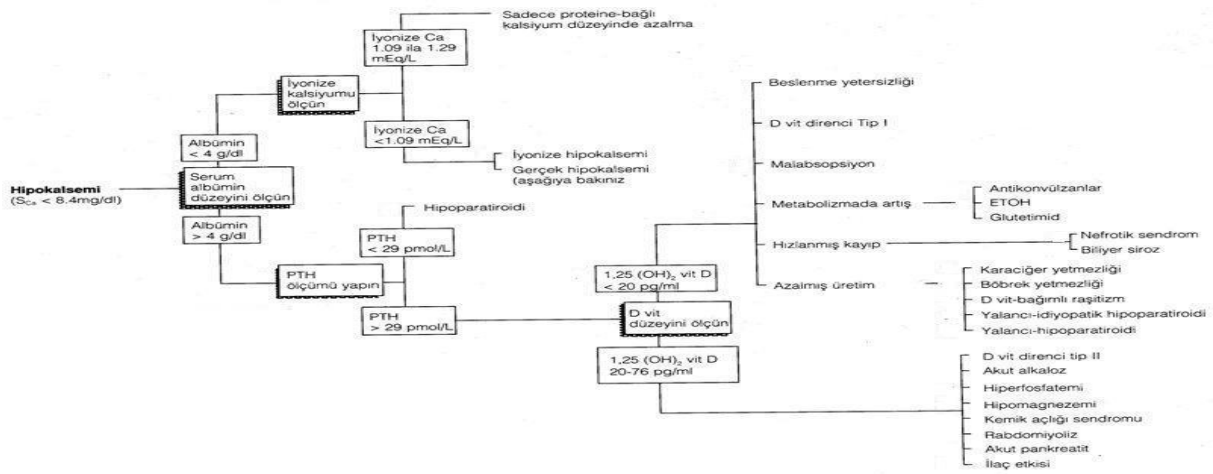
ÖZET: Hipokalsemi ;serum albumin düzeyi normal iken kalsiyumun 8,5 mg/dl in altında olması durumudur.Klinik semptomların gelişimine göre akut ve kronik hipokalsemi olarak sınıflandırılmaktadır. Semptom nöromusküler belirtiler(parestezi, teteani,epileptik atak ..), kapsüler katrakt görülebilmektedir. Hipokalseminin etiolojisinde hipoparatiroidi, psödohipoparatiroidi, D vitamin eksikliği, KBY, hiperfosfatemi gibi pek çok sebep bulunmaktadır. PTH en önemli etkisi böbrekte olup ; kalsiyum ve magnezyumun proksimal tübüllerden emilimini artırırken ,bikarbonat ve fosfatın geri emilimini azaltarak böbrekten atılımını sağlar. Biz konvülziyon nedeniyle başvuran hastamız nedeniyle hipokalsemi nedenlerini gözden geçirmek ve geriatrik hastada multipl patolojilerin birlikte olabileceğine dikkat çekmeyi amaçladık.

OLGU: 83 Yaşında kadın hasta yaklaşık 1 yıl önce başlayan kabızlık, karın ağrısı, bulantı-kusma, kilo kaybı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. İlk tetkiklerinde demir eksikliği anemisi saptanan hastada ileri tetkikler sonucu çekumda kitle tespit edildi. Çekumdaki lezyondan alınan biyopside ‘az differansiye nöroendokrin karsinom’ saptandı. Malignite ileri tetkiklerinde Karaciğer 7. segmentte metastaz tespit edilen vakaya sağ hemikolektomi uygulandı. Hasta taburcu edildikten 10 gün sonra nöbet geçirme yakınması ile acil servise getirildi. Öyküsünde acil servise başvurmadan 3 gün önce sol kolda uyuşma, sol bacakta uyuşma ,dilde peltekleşme yakınmaları olduğu öğrenildi. Hastanın total tiroidektomi nedeniyle L-tiroksin, hipertansiyonu nedeniyle Aldosteron Reseptör Blokeri, osteoporoz nedeniyle bifosfanat kullandığı öğrenildi. Fizik muayenede Bilinç açık , kooperasyon yeterliydi. TA :100/60 mm/hg nabız:80 atım/dak ateş: 37⁰ C olarak bulundu. Batın muayenesinde orta hatta 15 cm lik vertikal kesi ve suturleri vardı. Nörolojik muayede sağ üst ve alt extremitede 3/5 motor kayıp tespit edildi, Chovestek ve trousseau negatifti. Patolojik saptanan laboratuvar testleri; CK:12738 U/L, myoglobin >1000, kalsiyum :6.2 mg/dl, PO3:6.4 mg/dl ,albumin: 3.2 gr/dl, mg:1.9 mg/dl, üre:46mg/dl ,kre:2,46mg/dl, Ph:7.5 metabolik alkaloz ile uyumlu idi. Mevcut bulgular ile yatırılan hastada, Rabdomyoliz düşünülerek HCO3 ve İV sıvı desteği verildi. Konvülziyon nedeniyle çekilen kranial tomografisinde sağ frontalde interhemisferik fissüre komşu digital ödem ve 19x13 mm kitle lezyonu saptandı. Klinik ve laboratuvar bulguları kranial metastaza bağlandı. Kranial metastaza yönelik operasyon planlanmayan hastaya anti-ödem tedavi ve ardından kranial ışınlama uygulandı. Hipokalsemi açısından kalsiyum ve D vitamini replasman tedavisine başlandı. Takipte genel durumu düzelen hastada yüksek doz kalsiyum replasmanına rağmen hipokalseminin devam ettiği görüldü. Hipokalsemi etiolojisine yönelik (osteoblastik kemik metastazını ekarte etmek için) yapılan Oteotid sintigrafisi normal bulundu. Parathormon intakt düzeyi 38.85 pg/mL(15-65) ; deoksipridinolin 9.23 nmol/L(3-7.4); osteokalsin <2.0ng/ml (2-21); 25 hidroksi D vitamini: 9 ng/ml ; 24 Saatlik idrarda kalsiyum :130 mg/24sa (100-300) olarak saptandı. Hasta da hipokalsemi, hiperfosfatemi, kemik yıkımının azalması ve metabolik alkalozu ile de hipoparatiroidi psödohipoparatiroidi olarak değerlendirildi. Mevcut laboratuvar sonuçlarına göre hastada eş zamanlı D vitamini eksikliği de saptandı. kalsiyum ve D vitamini replasmanı sonucunda normokalsemik hale getirilen hasta idame tedavi planlanarak eksterne edildi.

TARTIŞMA: Bize konvülziyon nedeniyle başvuran hasta ile hipokalsemi nedenlerini gözden geçirmek ve geriatrik hastada multipl patolojilerin birlikte olabileceğine dikkat çekmeyi amaçladık. Yaşlı hastada en sık konvülziyon nedeni serebrovasküler hastalıklar %44 , tümörler %12, extraserebral olaylar %11(metabolik ensefalopati, ilaçlar), açıklanamayan %16 olarak bildirilmiş. Hastamızda görüntüleme yöntemleri ile serebrovasküler hastalık saptanmazken, kranial metastaz tespit edildi. Mevcut bulgularla yatırılan hastada kranial lezyon açısından anti ödem ve radyasyon planlandı. Yatış sırasında saptanan hipokalsemi öncelikle geçirilen operasyona bağlı rabdomyoliz ve hiperfosfatemiye sekonder olarak düşünüldü. IV hidrasyonla hem kas yıkım enzimleri hem de böbrek fonksiyonları normale geldi. Fakat bu değerler normale gelirken hipokalseminin normalleşmemesi rabdomyolize

bağlı hipokalsemi tanısından uzaklaştırdı. Takip sırasında yüksek doz kalsiyum ihtiyacı olan hastada hipokalseminin diğer nedenlerine yönelik ileri tetkikler yapıldı (Bkn şekil 1). Hasta da hipokalsemi, hiperfosfatemi, kemik yıkımının azalması ve metabolik alkalozu ile de hipoparatiroidi/psödohipoparatiroidi olarak değerlendirildi. Hipoparatiroidi de gelişen belirti ve bulguların önemli bir kısmı hipokalsemi ve birlikte bulunan hafif alkaloz nedeniyle ortaya çıkar. Alkaloz, idrarla atılan bikarbonat miktarının azalması sonucunda gelişmektedir. Hastamızda diğer bir hipokalsemi nedeni olarak bifosfanat kullanımı düşünüldü. Kemik antirezobtif ajan kullanıp kalsiyum kullanmayan hastalarda da azımsanmayacak oranda hipokalsemi görülmektedir. Hastanın D vitamini düzeyi düşük saptandı. Sonuç olarak hastamızda konvülsiyonundan sadece kraniyal metastazın sorumlu olmadığı, beraberindeki hipokalseminin de etkili olduğu düşünüldü. Hipokalsemiye yönelik yapılan tetkiklerinde etiyojide; hipoparatiroidi, bifosfanat kullanımı, D vitamini eksikliği saptandı. Hastanın kalsiyum replasmanı yapıldı ve idame tedavisi planlanarak taburcu edildi.

SONUÇ: Geriatrik hasta değerlendirilirken eşlik eden hastalıklar mutlaka düşünülmeli ve çok yönlü değerlendirme yapılmalıdır.



P - 8

HUZUREVİNDE YAŞAYAN BİREYLERDE UYKU DURUMU, DEPRESYON DÜZEYİ, MENTAL DURUM VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

*Yrd. Doç. Dr. Fatma Başalan İz **Öğr. Gör. Dr. Emrah Atay

*Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Halk Sağlığı Hemşireliği AD. Isparta

**Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Spor Bilimleri Bölümü, Isparta

Amaç: Bu araştırma, huzur evinde kalan yaşlı bireylerde uyku durumunu, depresyon düzeyini, mental durumu ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma, 1-15 Nisan 2010 tarihleri arasında, Isparta'nın Eğirdir ilçesindeki bir huzur evinde yaşamını sürdüren, araştırmaya katılmayı kabul eden ve yatağa bağımlı olmayan 12 yaşlı bireyle yürütülmüştür. Araştırmaya katılım oranı %30'dur. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama formu; sosyo-demografik değişkenlerin ve uyku ile ilgili özelliklerin sorgulandığı anket formu, Epworth Uykululuk Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği, Standardize Mini Mental Test ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden oluşmaktadır. Verilerin analizinde SPSS paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamaları $73 \pm 8,7$ dir. Yaşlı bireylerin % 8,3'ü kadın, % 91,7'si erkek olup % 50'si ilköğretim mezunu, % 75'i sosyal güvence sahibi, % 72,7'si düzenli bir gelire sahiptir. Yaşlı bireylerin % 66,7'sinin tanı konmuş kronik bir hastalığı, % 70'inin sürekli kullandığı ilacı bulunmaktadır. Yaşlıların % 41,7'si uyudukları odayı bir başka yaşlıyla paylaşmakta olup yaşlı bireylerin tamamı odada uyumasına engel olacak herhangi bir şeyin olmadığını düşünmektedir. Gece uyumak amacıyla yattıklarında % 58,3'ü hemen uykuya dalabilmektedir. Günlük uyku süresi 4 ile 11 saat arasında olup ortalama $8 \pm 1,8$ saattir. Uykusuzlukla ilgili sorun yaşadığını düşünme oranı % 33,3 dür. Epworth Uykululuk Ölçek puanı 0-24 arasında olup ortalama $5,6 \pm 8,3$ dür. Geriatrik Depresyon Ölçek puanı 3-28 aralığında ortalama puan $12,7 \pm 8,6$ dir. Standardize Mini Mental Test puanı 1-28 aralığında ortalama puan $21,08 \pm 9,9$ dur. SF-36'nin alt boyut puanları: fiziksel fonksiyon $22,75 \pm 7,3$, sosyal fonksiyon $6,9 \pm 0,7$, rol fonksiyonu (fiziksel) $6,09 \pm 1,8$, rol fonksiyonu (emosyonel) $4,7 \pm 1,4$, mental sağlık $20,0 \pm 41,8$, enerji $16,1 \pm 2,5$, ağrı $5,2 \pm 3,1$, genel sağlık $15,2 \pm 1,4$ olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Yaşlı bireylerde gündüz uykululuk durumu yüksek değildir. Depresyon puan ortalaması, olası depresyon aralığındadır. Mini mental test puan ortalaması bilişsel bozukluğun olduğunu göstermektedir. Yaşlıların yaşam kalitesi puanları 100 üzerinden 62, 60, 32, 36,6, 58,8, 59,3, 30,8, 39,8 dir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, uyku, depresyon, mental durum, yaşam kalitesi

P - 9

YAŞLILARIN DÜŞME SIKLIKLARININ ve BEDENSEL ETKİNLİK DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI

ATAY E¹, KILINÇ A S², YAMAN H³¹SDÜ, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Spor Bilimleri Bölümü, Isparta²Burdur İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Antalya

Giriş ve Amaç: Yaşlılarda düşme; mortalite, morbidite, maliyet ve sağlık hizmetlerine yükü bakımından halk sağlığının önemli bir konusudur. Yaralanmalar sonucunda oluşan ölümlerin %40'ı düşmelerden kaynaklanmaktadır. Yaşlanmayla birlikte düşme sıklığı ve şiddeti artmaktadır. Yaşlanma fonksiyonel yetilerde azalmayla karakterize fizyolojik bir süreçtir. 400'ün üzerinde olan düşme risk faktörleri içerisinde yaşlanmayla birlikte artan fonksiyonel yetilerdeki kayıplar en önemli düşme nedenlerinden birisidir. Orta düzeyde yapılacak olan alıştırmalar yaşlının kaslarını, eklemlerini ve kemik yapısını güçlendireceği için düşmelerin meydana gelme olasılığını azaltır. Bu çalışmada; bedensel etkinlik düzeyi ile düşme riski arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak bedensel etkinlik istek düzeyi, bedensel etkinlik düzeyi ve bedensel etkinliğe katılım engelleri araştırılmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışmaya Burdur 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne her hangi bir rahatsızlık sonucunda başvuran 65 yaş ve üzeri 50 yaşlı birey gönüllü olarak katılmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formları (Sosyodemografik Anket, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, Bedensel Etkinliğe Yatkınlık Anketi) kullanılmıştır. Yaşlılara anket formlarındaki sorular 2010 yılı Şubat ayında yüz yüze görüşme yöntemiyle sorulmuş ve cevaplar anket formuna kaydedilmiştir. Veriler SPSS paket programında analiz edildi. Tanımlayıcı ölçütlerden frekans, yüzde; merkezi yığılma ölçütlerinden ortalama; merkezi yaygınlık ölçütü standart sapma ve ki-kare analizleri kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya yaşları ortalama 72.88±5.37, ortalama BKİ (Beden Kitle İndeksi) 25.73±3.02 olan 25 erkek ve 25 kadın toplam 50 yaşlı birey katılmıştır. Yapılan değerlendirmede katılımcıların %44'ü (n=22) düşük seviyede, %34'ü (n=17) orta seviyede, % 22'si (n=11) yüksek seviye etkin (aktif) olduğu görülmüştür. Yaşlılar; bedensel etkinliğe yeterince katılmamalarının nedenlerini %50.98'i (n=26) sağlık problemleri, % 15,68'i (n=8) kendilerinde spor yapacak gücü bulamamaları, %9.80'i ise tembellik olarak bildirmektedir. Katılımcıların %76'sı (n=38) en az bir, %34'ü (n=17) iki, %6'sı (n=3) üç kronik hastalığa sahip olduğunu ifade etmiştir. En fazla görülen kronik hastalık %34.48 (n=20) hipertansiyon, %31.03 (n=18) diyabet, %22,41 (n=13) kalp-damar hastalıklarıdır. Katılımcıların %28'i (n=14) 50 yaşından sonra en az bir defa düşme deneyimi yaşadıklarını belirtmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda düşme korkusu ile bedensel etkinlik düzeyi arasında [$r=0.400$, $p=0.02$, ($P<0.05$)] pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Cinsiyet ile bedensel etkinliğe katılım arasında [$X^2=8.289$ $p=0.01$, ($p<0.05$)] anlamlı bir ilişki vardır. Erkekler kadınlara göre daha fazla bedensel etkinliklere katılmaktadırlar. Bedensel etkinliğe isteklilik ile bedensel etkinliğe katılım arasında pozitif yönde [$r=0.283$, $p=0.021$, ($p<0.05$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Yaşlılar arasında bedensel etkinliğe katılım seviyesi düşüktür. Bedensel etkinliğe katılım için engel olarak görülen sağlık problemlerinin ve fonksiyonel güçsüzlüğün bedensel etkinlik aracılığıyla rehabilite edilebileceği konusunda bilinç eksikliğinin olduğu görülmüştür. Hastalıkların rehabilitasyonunda ve yaşlanmayla meydana gelen fonksiyonel kayıpları en aza indirmek için bedensel etkinlik büyük bir araç olarak kullanılmaktadır. Bu aracın yaşlılar arasında farkındalık düzeyini arttırmakla bedensel etkinliğe katılımdaki en büyük bariyerler olarak görülen sağlık problemleri ve spor yapacak güce sahip olmama gibi bedensel etkinlik engellerinin görülme sıklığını azaltılabileceği düşünülmektedir. Bedensel etkinliğe katılımı arttırmak düşmeler için risk faktörü olan düşme korkusunu azaltabilir. Kronik hastalıklar için risk faktörü olan oturgan (sedanter) yaşantının önüne geçerek bu hastalıkların görülme oranları düşürülebilir. Bedensel etkinliğe katılıma istekli olma bedensel etkinliğe katılımı arttırmaktadır. İstek düzeyinin artırılması için bedensel etkinliğin fizyolojik ve fonksiyonel faydaları konusunda bireylerin bilgi düzeyinin artırılması bedensel etkinliğe katılım oranını arttıracaktır.

Anahtar Sözcükler: Bedensel Etkinlik, Yaşlı, Düşme

P - 10

KADINLARDA OSTEOPOROZ BİLGİ DÜZEYİ VE ÖZ ETKİLİLİK ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

***Yrd. Doç.Dr. Fatma Başalan İz **Öğrt. Gör. Dr. Emrah Atay**

**Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Halk Sağlığı Hemşireliği AD. Isparta*

*** Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Spor Bilimleri Bölümü, Isparta*

Amaç: Bu araştırma, kadınların osteoporoz hakkında bilgi düzeyinin ve öz etkililik algılarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma, 1 Şubat 2010 ile 30 Nisan 2010 tarihleri arasında, Isparta'da Aile Sağlığı Merkezine gelen kadınlarla yapılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama formu, sosyo-demografik özelliklerin sorgulandığı anket formu, Osteoporoz Bilgi Testi ve Osteoporoz Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeğinden oluşmaktadır. Verilerin analizinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, varyans analizi, t testi, korelasyon incelenmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin yaşları 35-82 arasında olup yaş ortalaması 54±9.4 tür. Kadınların % 78.5'i evli, % 19.5'i dul dur. Kadınların % 46'sı ilkokul mezunu, % 21.8'i okur-yazar, % 16.1'i lise mezunudur. Gelir durumu % 63.6'sın da gelir-gidere denk olup % 95'inin sağlık güvencesi vardır. Kadınların % 51.3'ü osteoporoz hakkında bilgi sahibidir ve bilgi sahibi olan kadınların % 47'si sağlık çalışanlarından, % 22.4'ü televizyondan bilgi almıştır. Osteoporoz Bilgi Testi puan ortalaması 13.4±6.2, Osteoporoz Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği puan ortalaması 56.25±23.45 dir. Kadınların Osteoporoz Bilgi durumu ile Osteoporoz Öz-Etkililik-Yeterlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p<0.001).

Sonuç: Kadınların yarıdan fazlası osteoporoz hakkında bilgi sahibi olduklarını düşünmektedir. Osteoporoz Bilgi Testi puan ortalaması da 24 puan üzerinden yaklaşık olarak 13 tür. Osteoporoz Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği puan ortalaması 1200 puan üzerinden yaklaşık 56 puandır.

Sağlık çalışanlarının kadın sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik aktivitelerde daha etkin olması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Kadın, osteoporoz, osteoporoz bilgi testi, osteoporoz öz-etkililik-yeterlik ölçeği

SEMPOZYUMDAN BAZI GÖRÜNTÜLER

İZMİR 4. İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU “Yaşlanan Bedenle Yaşam”

23 - 24 Mart 2011, Balçova Termal Otel, İZMİR



İZMİR 4. İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU “Yaşlanan Bedenle Yaşam”

23 - 24 Mart 2011, Balçova Termal Otel, İZMİR



İZMİR 4. İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU “Yaşlanan Bedenle Yaşam”

23 - 24 Mart 2011, Balçova Termal Otel, İZMİR



İZMİR 4. İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU “Yaşlanan Bedenle Yaşam”

23 - 24 Mart 2011, Balçova Termal Otel, İZMİR



İZMİR 4. İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU “Yaşlanan Bedenle Yaşam”

23 - 24 Mart 2011, Balçova Termal Otel, İZMİR



İZMİR 4. İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU “Yaşlanan Bedenle Yaşam”

23 - 24 Mart 2011, Balçova Termal Otel, İZMİR



İZMİR 4. İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU “Yaşlanan Bedenle Yaşam”

23 - 24 Mart 2011, Balçova Termal Otel, İZMİR



Eğitimci, Yazar
Sayın E. Perran Yücel' e sempozyuma yapmış olduğu katkılar için
teşekkür ederiz.



İZMİR 4. İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU “Yaşlanan Bedenle Yaşam”

23 - 24 Mart 2011, Balçova Termal Otel, İZMİR

Hocaların hocası Sayın Prof. Dr. Turan Örnek hocamızı sempozyumdan bir hafta sonra 3 Nisan 2011 tarihinde kaybettik. Tüm tıp camiasına ve sevenlerine başsağlığı diliyoruz.



İZMİR 4. İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU “Yaşlanan Bedenle Yaşam”

23 - 24 Mart 2011, Balçova Termal Otel, İZMİR



İZMİR 4. İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU “Yaşlanan Bedenle Yaşam”

23 - 24 Mart 2011, Balçova Termal Otel, İZMİR



İZMİR 4. İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU “Yaşlanan Bedenle Yaşam”

23 - 24 Mart 2011, Balçova Termal Otel, İZMİR

