

Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi

Sevgin SAMANCIOĞLU *, Ayfer KARADAKOVAN **

ÖZET

Sağlıklı toplumlar için sunulan sağlık hizmetlerinin sağlığı koruma ve geliştirme yönünde olması gerekmektedir. Türkiye nüfus yapısı yaşlanma sürecine girmiştir ve bu durum sağlıklı yaşlanmanın önemini ortaya koymaktadır. Bu nedenle ülkemizde yaşlı sağlığı hizmetinin planlanmasına gereksinim vardır. Sağlıklı yaşlanma Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımı içinde yer almaktadır. Bu yaklaşımda tüm sağlık sistemleri için, kişileri yaşlılık döneminde kronik hastalıklardan, yeti yitiminden korumak ve mental sağlığın sürdürülmesini sağlamak ayrıcalıklı bir sorumluluk olarak önerilmektedir. . Bireylerin sağlığını koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler her düzeydeki yaşlı bireye hizmet sunmaktadır. Bu makalede sağlıklı yaşlanmanın gerçekleşebilmesi için temel oluşturan sağlığı koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlerde hemşirenin sorumlulukları tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı sağlığı, sağlığın korunması, sağlığın geliştirilmesi.

Health Promotion and Protection of Elderly

ABSTRACT

Health care services should be organized towards health promotion and protection for a healthy society. Population structure of Turkey is undergoing an ageing process thus providing planned care for elderly becomes a necessity. Therefore, planning of elderly health services, are needed in our country. Healthy aging occurs in Primary Health Care. In this approach, all health systems, to ensure from chronic diseases, disability and mental health by continuing to maintain a privileged responsibility persons with in the period of old age as is recommended. Nurses working in prevent of individuals' health, treatment and rehabilitating health care service are obliged to take care of the elder in every age. Responsibility of nurses are discussed in health promotion and

* Araş. Gör., Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İZMİR.

** Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İZMİR.

health protection services which are the principal concept to realize healthy aging in this article.

Key Words: Elderly health, health protection, health promotion.

GİRİŞ

Yaşlanma, fizyolojik olarak kaçınılmaz bir olgudur. Yaşlılık ise, insanın doğumu ile başlayan yaşam sürecinde, kişinin gerek fiziksel, gerekse zihinsel yünden, bağımsızlıktan bağımlılığa geçtiği, birden fazla patolojinin ve onlara ait belirti ve bulguların sıklıkla birlikte bulunduğu bir yaşam dönemidir. İlerleyen yaş ile birlikte organizmada meydana gelen değişiklikler yaşlı bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Tüm yaşam sürecinde, yaşlılık öncesi ve yaşlılık döneminde yaşanan birçok olayın; yaşlının davranışları üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri bulunmaktadır (Uncu Y 2003, Bilir N 2002).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılığı çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlamakta (WHO, 1997), bazı durumlarda 60 yaşı yaşlılık sınırı olarak alırken, bazı durumlarda 65 yaşı sınır olarak almaktadır. Yasaların ve Dünya Sağlık Örgütünün kabul ettiği yaşlılık sınırı 65 olmakla birlikte, kişinin bağımlılığa geçişi çoğunlukla 75 yaş civarında olmaktadır (Uncu Y 2003, Türkiye istatistik yılığı 2004, Güleç M. 1997).

Diabetes mellitus, ateroskleroz, kronik obstruktif akciğer hastalıkları, enfeksiyonlar, osteoartroz, osteoporoz, kanserler, merkezi sinir sistemini tutan patolojiler ve komplikasyonları ileri yaşlarda belirgin olarak ortaya çıkmakta veya ağırlaşarak ciddi hastalık tablolarına yol açmaktadır (Korkmaz M, 2006: 77).

Hastalık ve yetersizlik riskinin yaşla birlikte artmasına karşın, kronik hastalıklar yaşlılığın kaçınılmaz bir sonucu değildir. Kronik hastalıklar bireylerin fiziksel inaktivite, yetersiz ve dengesiz beslenme, tütün kullanımı gibi olumsuz sağlık davranışlarından kaynaklanmaktadır. Aslında olumsuz sağlık davranışlarından kaçınarak ve çevre koşullarını olabildiğince olumlu hale getirerek, yaşlanma ile ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarından bir ölçüde korunmak olanaklıdır.

Sağlıklı yaşlanmanın temelini oluşturan koruyucu uygulamaların yeterince bilindiği ve uygulandığı söylenememektedir. Yaşlı bireylerde hastalıklar için

davranışsal ve çevresel riskleri azaltmaktan çok hastalık yönetimi üzerinde odaklanılmaktadır (Kutsal YG 2000, Korkmaz M 2006).

YAŞLI SAĞLIĞININ KORUNMASI

Koruyucu sağlık bakımı, sağlığı sürdürmenin dinamik boyutudur. Sağlık bakımında bu yaklaşım, sağlığı artırma ve geliştirme üzerine odaklanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün "XXI. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikası Avrupa Bölgesi için saptadığı yirmialtı hedefinden beşincisi, yaşlı sağlığı ile ilgilidir. Bu hedeflerde 2020 yılında yaşlı bireylerin daha sağlıklı yaşlanmaya ve toplumsal üretkenliğe daha fazla katılmaya olanak bulması vurgulanmıştır (WHO, 1997).

Bu hedefte özellikle iki konu vurgulanmıştır.

1. Yaşam beklentisinde ve 65 yaşında sakatlık olmadan en az %20 artış sağlanmalıdır.
2. Otonomi, öz saygı ve toplumdaki yerlerini sürdürebilmelerine olanak sağlayan ev ortamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen 80'li yaşlarda bireylerin oranı en az %50 artırılmalıdır (Gözüm S, 2002).

Yaşlı bireylerde koruyucu bakımın amaçları, yaşa bağlı olarak değişiklik göstermektedir. 65-74 yaş grubunda yer alan yaşlılar için bu amaçlar (www.geriatricsyllabus.com):

- Fiziksel, mental ve sosyal işlevi en üst düzeyde sürdürme
- Kronik sağlık sorunlarından kaynaklanan sorunları en aza indirme
- Yaşlı bireyi emekliliğe hazırlama

75 yaş ve üzerindeki grupta yer alan yaşlı bireyler için amaçlar:

- Etkili aktivite periyodunu, bağımsız olarak yaşama yeteneğini sürdürme ve eğer mümkünse kurumsallaşmadan kaçınma
- Kronik durumlardan kaynaklanan rahatsızlık ve inaktiviteyi azaltma
- Fiziksel ve mental sıkıntıyı olabildiğince azaltma ve hastalıkların terminal evresinde hasta ve aileye emosyonel destek sağlama

KORUNMA DÜZEYLERİ

Koruyucu önlemler, uygulandığı dönemde, uygulamanın yaygınlığına ve uygulanan yöntemin etkinliğine göre değişik derecede yararlı olurlar. Çevrede

bulunan canlı ya da cansız nitelikteki etkenler duyarlı kişiyi hastalık olgusu başlamadan önceki dönemde etkiler. Eğer bu dönemde duyarlı kişinin etkenle temasını önleyecek ya da direncini artıracak koruyucu önlemler alınır, kişi ya hasta olmaz ya da hastalansa bile hem hastalık hafif bir gidiş gösterir, hem de diğer duyarlı kişileri etkileme olasılığı azalır.

Korunma düzeylerine bakıldığında, hastalık ve rahatsızlığı önlemek için bilinçli istekliliği kapsayan üç korunma düzeyinin olduğu görülmektedir (Güler Ç, 1997).

1. Primer (Birincil) Korunma Düzeyi
2. Sekonder (İkincil) Korunma Düzeyi
3. Tersiyer (Üçüncül) Korunma Düzeyi

Üç değişik düzeyde belirlenen koruyucu önlemlerin her birinde değişik uygulamalar yapılabilen en az **beş aşaması** vardır. Bu aşamalar (Kalkan,2001):

- Sağlığın geliştirilmesi
- Koruyucu özel önlemler
- Erken tanı
- Uygun tedavi ve sakatlığı azaltma
- Rehabilitasyondur.

Bu aşamalarda alınabilecek önlemler durağan ya da birbirleriyle ilgisiz olmayıp hastalığın doğal gidişi boyunca bir süreklilik gösterirler. **Tablo-1'** de hastalığın doğal gidişiyle ilgili koruma düzeyleri ve alınabilecek koruyucu önlemlerin aşamaları belirtilmiştir.

Tablo-1 Hastalık Sürecinde Uygulanan Koruyucu Önlemler

Birincil Korunma Önlemleri	Sağlığın geliştirilmesi	Sağlık eğitimi ve güdüleme Olumlu bir çevre sağlamak Yeterli ve dengeli beslenmek Kişisel hijyen önlemleri almak Aile planlaması uygulamak
	Özel Koruyucu önlemlerin alınması	Bağışıklama, kemoprofilaksi ve gamaglobulin uygulamak Yeterince alınmayan besin maddelerini sağlamak Kazalardan ve karsinogenlerden korunmak Vektör kontrolü yapmak Genetik hastalıkları ve doğmalık şekil bozukluklarını önlemek Sosyo-ekonomik önlemlerle yoksulluğu gidermek
İkincil Korunma Önlemleri	Erken tanı	
	Uygun tedavi ve sakatlığı azaltma	Zamansız ölümleri önleme Komplikasyonları önleme
Üçüncül Korunma Önlemleri	Medikal rehabilitasyon	
	Sosyal rehabilitasyon	

(Kaynak: Kalkan,2001)

BİRİNCİL (PRİMER) KORUMA

Yaşlılarda birincil korunma denildiği zaman yaşlanma ile ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere karşın, yaşlı bireylerin tam bir iyilik içinde olmalarını sağlamak akla gelmelidir. Buradaki amaç, bireylerin dolayısı ile de toplumların hastalanma ve sakatlanma ihtimalini en aza indirmek, olası sorunların oluşmasını önlemek, yaşlı bireylerin bağımsız olmalarını sağlamak ve sosyal hizmetlere duyulan ihtiyacı azaltmaktır (Edelman C, 1998). Birincil korumanın iki aşaması vardır:

1. Sağlığın Geliştirilmesi

Bu önlem, herhangi bir hastalık ya da bozukluğu önlemeye yönelik olmayıp, yaşlının genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi

amaçlar. Bu aşamada sağlık eğitiminin ve güdülemenin çok önemli rolü vardır. Temiz su ve içinde yaşanabilecek nitelikte bir konut sağlanması, katı ve sıvı atıkların sağlığa zarar vermeyecek duruma getirilmesi, çevre kirlenmesinin önlenmesi gibi çevresel önlemlerin yeterli ve etkin bir şekilde ele alınmasının yanı sıra yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, aile planlaması hizmetlerinin sunulması ve kişisel hijyen önlemlerinin alınması, sağlığın geliştirilmesini sağlayacaktır (Kalkan, 2001).

2. Özel Koruyucu Önlemlerin Alınması

Bu başlık altında sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek herhangi bir etkenin, bireyi etkilemesinden önce alınan özel koruyucu önlemlerin tümü toplanabilir. Bu aşamadaki koruyucu önlemlerin uygulanmasında laboratuvarlarda, kliniklerde ve toplum içinde yapılan araştırmalar sonucunda büyük ilerlemeler olmuştur. Örneğin, bulaşıcı hastalıklarla savaşta önemli başarılar sağlanmıştır. Geçmiş yıllarda bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde yararlanılan *bağışıklama* ve *kemoproflaksi* gibi özel önlemlerin yanı sıra, günümüzde diğer hastalıkların önlenmesinde yararlanılan çeşitli koruyucu önlemler bu grupta sayılabilir. Bunlar, hatalı beslenme sonucu yeterince alınamayan vitamin, mineral, protein ve özellikle aminoasitler gibi temel besin maddelerinin sağlanması, iş ve işçi sağlığı yönünden koruyucu elbiseler ve maskelerin kullanılması, kanser yapan bir yığın değişik maddelerden sakınılması, vektör kontrolü, genetik danışmanlıkla genetik hastalıkların kuşaktan kuşağa geçmesinin önlenmesi, amniyosentezle intrauterin tanı konularak doğmalık şekil bozukluğu olan bebeklerin doğumunun önlenmesi ve sağlığı olumsuz yönde etkileyen sosyo-ekonomik koşulların düzeltilmesine çalışılması gibi önlemlerdir.

Değişik nitelikteki özel koruyucu önlemlerin etkinliği, uygulamaların yaygınlığı oranında artar. Bir toplumda koruyucu bir önlem yaygın olarak kullanılırsa, toplum çapında sağlanan koruma oranı, o koruyucu önlemin uygulandığı bireyler oranına göre daha yüksek olur. Eğer herhangi bir hastalık yönünden toplumun büyük bir bölümünü (yaklaşık %80'ini) kapsayacak şekilde koruyucu önlem alınır, giderek o hastalık ortadan kalkar (Hayward 1991, Öztekin Z 2006).

Kuramsal olarak, koruyucu önlemlerin uygulanmasında dört aşama vardır. *Birinci aşama*, bireylere uygulanan korumadır. Kızamıklı bir hastayla temas eden duyarlı kişilere gama globulin uygulanması buna bir örnektir. Bundan sonraki aşamalarda uygulanacak önlemler, organize edilmiş toplumsal çabaları

gerektirir. *İkinci aşamada*, toplumun belirli gruplarına oldukça yaygın bir şekilde uygulanan koruma önlemleri söz konusudur. Koruyucu önlem uygulananların sayısına göre değişen bu tür korumayla, hastalığın türüne ve grupların tutum ve davranışlarına bağlı olarak, önlenmesine çaba harcanan hastalık giderek daha seyrek görülür ve daha hafif bir gidiş gösterir. *Üçüncü aşama*, koruyucu önlemlerin toplum çapında yaygın olarak uygulandığı aşamadır. Böylece, başlangıçta önemli durumda bir olan sağlık sorunu, giderek önemsiz bir sorun durumuna gelir. Hastalık ya çok seyrek görülür ya da hiç görülmez. Fakat hastalığın oluşumuna yol açan biyolojik, fiziksel, kimyasal ya da sosyal nitelikteki etmenler varlığını sürdürürler. *Dördüncü* ve son aşama **eradikasyondur**. Bir hastalığın kökünün kazındığını (eradike edildiğini) söyleyebilmek için, o hastalığın hiç görülmemesi ve oluşumuna yol açan etmenlerin tümüyle ortadan kalkması gerekir. Eradikasyon belirli bir bölgede, ülkede (örneğin, İzlanda'da difteri ve tetanoz) ya da tüm dünyada (örneğin, çiçek hastalığı) sağlanabilir. (Beers MH 2000, Hodes C 1973)

Genel kural olarak, herhangi bir koruyucu önlem ne kadar erken dönemde uygulamaya konulur ve ne ölçüde yaygın kullanılırsa o derecede etkin olmaktadır. Diğer bir deyişle, uygulamanın yapıldığı döneme ve yaygınlığına bağlı olarak, her koruyucu önlem belirli derecede bir etkinlik göstermektedir.

İKİNCİL (SEKONDER) KORUNMA

Erken tanı, uygun tedavi ve sakatlıkların sınırlandırılması bu düzeyde alınacak korunma önlemleridir. İlk belirtilerin saptanabildiği dönemde uygulanacak olan erken tanı ve tedavi gibi koruyucu yöntemler, toplum yönünden, hastalığın söz konusu olmadığı dönemde alınan önlemler kadar önemlidir. Kişinin sağlığının korunmasında erken tanının yeri önemlidir. Erken tanı ve tedavinin uygulanamadığı durumlarda, tüm belirtileriyle ortaya çıkan hastalığın tedavisine, nükslerin önlenmesine ve sakatlıkların sınırlandırılmasına çalışılır. Özellikle kalp ve damar hastalıkları, böbrek hastalıkları, diabetes mellitus, artrit ve yaşlılığa bağlı kronik hastalıklarda bu önlem çok olumlu sonuçlar vermektedir.

Tarama testleri sekonder korunmaya örnek olarak verilmektedir. Yaşlı bireylerde gerekli olan en önemli korunma stratejilerinden biri, gelişmesi olası sağlık sorunları için rutin taramaların yapılmasıdır. Taramanın amacı, bir durum için yüksek risk altında bulunan bireyleri veya detaylı bir değerlendirilmeye alınması gereken bireyleri tanımlamaktadır. Tarama sıklıkla

bozuklukları irreversble olmadan önce ortaya çıkarmak için yapılmalıdır (Öztek Z 2006, Bahar Özvarış Ş 2006).

Kanada'da 1976'da hükümet, halkın sağlıklı yaşamlarının periyodik sağlık muayeneleri ile nasıl arttırılacağını saptamak üzere Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (CTF)'i kurmuş ve 1979'da seçkin klinikçiler ve uluslararası nitelikli bilim adamlarının da katkısıyla CTF yaşam boyu koruyucu hekimlik planının ilkinin yayınlamışlardır. 1977'de Breslow ve Somers "yaşam boyu sağlık kontrolü programı" nı önermişlerdir. American Cancer Society (ACS), United State Department of Health and Human Services (DHHS), American College of Physican (ACP), the United States Preventive Services Task Force (USPSTF) de benzer listeler yayınlamışlardır (Hayward RSA 1991). **Tablo-2**'de USPSTF tarafından önerilen periyodik koruyucu girişimler belirtilmiştir (Alexandria VA, 1996).

Tablo-2. 65 yaş üzerindeki bireylerde USPSTF tarafından önerilen periyodik koruyucu girişimler (*)

Önlenebilir Hastalıklar	Uygulama	Sıklık
Hipertansiyon	Kan basıncı ölçümü	TA<140/85 ise iki yılda bir, DKB: 85-89 ise her yıl
Obezite, malnütrisyon	Boy ve kilo ölçümü	Her sene
Kanser Meme Serviks, uterus Kolon	Mamografi Pap testi Dışkıda gizli kan Sigmoidoskopi	1-2 sene 3 sene Her sene 3-5 sene
İşitme bozukluğu	İşitme testi	Her sene
Görme bozukluğu	Görme testi	Her sene
İnfluenza	İnfluenza aşısı	Her sene
Pnömonok enfeksiyonu	Pnömonokok aşısı	65 yaşında bir kere
Tetanoz	Tetanoz aşısı	10 sene

(*) USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force-Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Görev Gücü.

(Kaynak: Alexandria VA, 1996).

Hastalıkların Erken Tanı ve Korunma için Önerilen Taramalar

Hiperlipoproteineminin önlenmesinde erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaşından sonra 5 senede bir Lipid ölçümü, diyabet komplikasyonlarını önlenmek için her sene kan şekere bakılması, prostat kanserinin önlenmesinde her sene rektal tuşe ve PSA (Prostat Spesifik Antijen) tayini; demans, deliryum durumlarında her sene mental durumun değerlendirilmesi, osteoporoz risk faktörleri olan asemptomatik kadınlarda ve glukokortikoid tedavisi alanlarda 65 yaşından sonra 1 kere KMY (Kemik Mineral Yoğunluğu) ölçümü, bütün kadınlarda hipotiroidizm için 5 senede bir TSH ölçümü önerilmektedir (Güvener N, 2005).

Erken teşhis ile irreversibl olan nörolojik hasarı önlemesi açısından pernisiyöz anemide her 5 senede bir vitamin B₁₂ ölçümü ayrıca ucuz ve yan etkisinin az olması sebebiyle KAH, inme, kolon kanserinde 80-325 mg/gün aspirin önerilmektedir (Sözen T, 2004).

ÜÇÜNCÜL (TERSİYER) KORUNMA

Üçüncül korunma rehabilitasyonla sağlanır. Bu düzeydeki bir korunmada yaşlıda söz konusu olan herhangi bir hastalık olgusunu durdurmak değil, hastalık sonucu kişide oluşan *anatomik* ve *fizyolojik* değişikliklerle ortaya çıkan sakatlığın yaşlının yaşamındaki olumsuz etkilerini en düşük düzeyde tutmaktır.

Rehabilitasyonun amacı, yaşlı bireyin geri kalan gücünden en iyi şekilde yararlanmasını sağlamak ve onun topluma yük olmasını önlemeye çalışmaktır. Üçüncül korunmada, yaşlının kişinin sadece bedensel sakatlığının olumsuz etkilerini gidermekle, yani medikal rehabilitasyonla yetinilmemeli; sosyal uyumunu sağlayacak değişik önlemlere de (sosyal rehabilitasyona) özel önem verilmelidir (Kalkan,2001).

Yaşlılara uygulanan rehabilitasyon programı; gerçekçi olmalı, periyodik tekrarlanmalı ve gerekirse değiştirilmeli, mevcut fonksiyonları korumalı, kalan ömrünün yaşam kalitesini artıracak, kişinin bağımsız ve sosyal olmasına yardım edecek, kişinin rehabilitasyon sürecini olumsuz etkileyen psikolojik sorunlarını giderecek şekilde ve yaşlıya özel olmalıdır. Rehabilitasyon programı uygulanırken yaşlının öğrenmesini kolaylaştıran stratejiler uygulanmalıdır. Terapötik yaklaşım yavaş olmalı, öğrenilecek subje ve objeler yaşlı hasta için anlamlı olmalıdır. Yaşlı öğrenmenin detaylarına konsantre olmalı, dikkatinin dağılması için destekleyici bir öğrenme çevresi sağlanmalı, cevaplar ödüllendirilmelidir.

Yaşlılarda demans, düşmeler ve kalça kırıkları, artritler ve eklem replasmanları, inme-serebrovasküler olaylar, amputasyonlar, spinal kord zedelenmeleri, kanser, parkinsonizm ve periferik nöropati gibi özel durumlarda rehabilitasyon uygulamalarına gereksinim bulunmaktadır (Turgul Ö., 2002).

Rehabilitasyon uygulamaları şu başlıkları içermelidir;

- Yürüme eğitimi
- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme
- Eliminasyonu düzenleme
- Bilişsel ve emosyonel alan gelişimi
- Ağrı yönetimi
- Sosyal destek
- Kuruma yerleştirme

Rehabilitasyon ekibi yaşlının ihtiyaçlarına göre belirlenir. Genellikle, uğraş terapisti, konuşma terapisti, rehabilitasyon hemşiresi, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve psikolog interdisipliner ekibin içindedir.

Rehabilitasyon ekibindeki hemşire, yaşlı için bağımlılık düzeyini belirlemeli, kronik hastalıkların komplikasyonlarından korumak için sağlık eğitimi yapmalı, yaşlının öz-bakım ve öz yönetimini artırmaya çalışmalı ve diğer aile bireylerinin bakıma katılmasını sağlamalıdır (Beers MH 2000, Turgul Ö, 2002, Öztekin Z 2006).

YAŞLI SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİ

Sağlığın geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlıklı yaşam tarzının kazanılmasını amaçlayan, sosyal ve tıbbi müdahaleler içinde yer alan bir disiplindir. Sağlığın geliştirilmesi, kişileri kendi sağlıklarını geliştirmesi konusunda yetkin kılacak ve konuda kontrollerini artıracak bir süreçtir.

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, bireylerin kendi sağlıklarını düzeltmede, kontrol etmede ve tam bir sağlık potansiyeline ulaşmada yeterli olmayı amaçlamaktadır. Böylece bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi bir anlamda sağlıklarının korunmasını kendi görevleri olarak algılamaları ve bunun sonucunda riskli davranışlardan uzak durarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları kaçınılmaz bir durumdur (Bahar 1993; Erdoğan, Nahcivan, Esin ve ark 1994).

Yaşlıların, diğer yaş gruplarına göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığı bilinmektedir. Yaşlıların gereksinimleri ile ilişkili olarak, yaşlı hasta izlemi kendine özgü farklılıklar içermektedir. Kronik hastalığı olan yaşlı sayısı gittikçe artmakta, tedavilerdeki gelişmeler nedeni ile hastalar tam olarak iyileşmese de yaşam süresi uzamaktadır. Ancak bu hastalıklar, yetilerde belirgin azalmalara neden olmaktadır. Kronik hastalıkların yönetiminde temel amaç, fonksiyonların aynı düzeyde kalması veya iyileşmesini sağlayarak yaşam kalitesinin düşmesini engellemektir. Bu amaca ulaşmak için, yaşlılarda hastalıkların, ölüm nedenlerinin, fonksiyonel yetersizlik ölçütlerinin iyi bilinmesi gerekmektedir.

Bu bakış açısı ile yaklaşıldığında; sağlıklı ve aktif yaşlanmaya yönelik politika ve programlar geliştirmek, bunları uygulamak ve değerlendirmek yaşlı bireylere olası en yüksek sağlık seviyesi ve iyilik hali sağlanması için oldukça önemlidir(WHO 1998, Kutsal YG 2000, İlhan M 2008).

Yaşlı Sağlığını Koruyan ve Geliştiren Uygulamalar Açısından Önemli Konular (Gökçe Kutsal, 2005):

Yaşlılarda öncelikle önlenmesi ve aranması gereken sağlık sorunları, düşme ve kazalar, osteoporoz, göz ve görme sorunları, işitme sorunları, akıl sağlığı sorunları, diş ve beslenme sorunları, kronik ağrılar ve uyku bozuklukları, idrar ve dışkı inkontinansı, vücut ısısının kaybı ve ilaç bağımlılığı, gereksiz ilaç kullanma, alkol bağımlılığı ve iyatrojenik sağlık sorunlarıdır (WHO, 1989).

1-Kazalardan korunma: Yaşlılarda kazalara neden olabilecek tüm faktörler göz önüne alınarak; çevre düzenlemeleri yapılmalı, yaşlı hastalarda ortaya çıkan bedensel ve zihinsel işlev bozuklukları göz önüne alınarak yaşlı ve yakınları oluşabilecek kazalar konusunda bilgilendirilmelidir. Yaşlılık dönemindeki kazalar ve yaralanmalar çeşitli sakatlıklara neden olmakta hatta bazen ölümcül seyredebilmektedir.

2-Görmenin ve işitmenin korunması: Yaşın ilerlemesiyle birlikte duylarda da kayıp ve bozulmalar meydana gelmektedir. Güneşe maruz kalma ve diabetes mellitus, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar gözün yaşlanmasına direkt etki etmektedir. Çeşitli ilaçların kullanımı, gürültü, kişisel yaşam tarzı ve travma da yaşlanma ile birlikte kulağı etkilemektedir. Önlenebilecek olan görme ve işitme kayıplarının erken tanısı açısından yaşlılar oftalmolojik ve odyolojik kontrollerini ihmal etmemelidirler (Ayдын P 2004, Bailey BJ 2001).

3-Bağışıklık ve aşılama: Özellikle solunum sistemi hastalıklarının seyrini hafifletebileceği için Pnömonok ve influenza aşılıları önemsenmelidir. Sık yaralanma geçirme riski olan yaşlılarda tetanoz aşısı da korunmada önemli bir yer tutmaktadır.

4-Kanser araştırmaları: İleri yaş kanser için kesinlikle bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Erken tanı koyulursa seyri değişebilen bazı kanser türleri açısından yaşlıların düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırılmaları önemlidir. Yaşlılarda kansere bağlı yüksek mortalitenin nedenleri yüksek insidans, yetersiz anti-neoplastik tedavi, tedavi toleransının düşük olması, koruyucu yöntemlerin yeterince kullanılmaması olarak gösterilebilir (Kars A, 2004).

5-Anemi-Kansızlık: Yaşlılarda kansızlık görölme oranı gençlere göre daha yüksektir. Nedeni sıklıkla demir eksikliğidir. Anemisi olan yaşlılarda gizli kalmış kanama odakları araştırılmalıdır. Beslenme bozukluğu veya gizli infeksiyonlar da anemi nedeni olabilmektedir. Aneminin nedeni detaylı olarak araştırılıp bulunmadan tedaviye başlanmamalıdır.

6-Nörolojik ve Psikiyatrik işlevler: Yaşlıların olanaklar çerçevesinde zihinsel faaliyetlerini sürdürmeye çalışmaları, dış uyarılara açık olmaları bu yetilerinin korunmasında yardımcı olacaktır. Nörolojik ve Psikiyatrik işlevler, hastalık nedeni ile eve kapanarak dış dünya ile ilişkinin kesilmesi, bir yakının vefatı veya uzun süre hastanede kalmak gibi nedenlerle bozulabilmektedir. Bu anlamda hasta yaşlıların sık ziyaret edilmesinin değeri büyüktür, beden ve ruh sağlığı bir bütün olarak algılanmalıdır. Ayrıca yaşlılara üretkenliklerini sürdürebilecekleri ortamlar yaratmak, onları bu anlamda desteklemek, yüreklendirmek, örneğin; danışmanlık yaparak deneyimlerini aktarabilecekleri düzenekler oluşturmak yararlı olmaktadır.

7-Beslenme: Yaşlılar kötü beslenme açısından risk grubu oluşturmaktadırlar. Avrupa'da sağlıklı yaşlı grupta yapılan malnütrisyon oranının düşük olduğu vurgulanmakla birlikte beraberinde mikro besin öğelerinin yetersizliğine de sıkça rastlanan ağır protein ve enerji malnütrisyonun (PEM) insidansı oldukça yüksektir. İleri yaşlarda kötü beslenme nedenleri şunlardır: ekonomik zorluklar, eğitim düzeyinin düşük olması, dış sorunları ve zihinsel fonksiyonlarda yetersizlik. Her yaşlı bireyin doğru ve bilinçli beslenme açısından uyarılması, eğitilmesi ve diyetinin denetlenmesi gereklidir (Allison SP, 1995).

8-Ayak bakımı: Yaşlılarda ayak bakımı çok önemlidir. Özellikle diyabetiklerde ve damar hastalığı olanlarda ayak dokularının beslenmesi bozulacağı için parmak derileri her türlü darbeye duyarlı hale gelmekte, yaralar

oluşabilmekte ve zor iyileşmektedir. Ayakların günlük temizliğinin ve bakımının aksatılmaması gerekmektedir.

9-Sigara alışkanlığı: Sigaranın solunum sistemine, kalp-damar sistemine ve kemiklere zararlı etkileri bilinmektedir. Tüm ekibin bu konuda duyarlı olmaları ve hastaları bilgilendirmeleri, bu toplum sağlığı sorununa çözüm üretmek açısından yararlı olacaktır.

10-Egzersiz: Fiziksel uyumun artırılması, sağlıklı, aktif ve bağımsız bir yaşam sürülmesi açısından düzenli olarak yapılan egzersizin önemi vardır. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzmanı hekimlerce muayenesi yapılan yaşlının sağlık durumuna ve fiziksel kapasitesine uygun bir egzersiz programı önerilir ve periyodik kontroller ile çeşitlendirilir, dolayısı ile her egzersiz ve rehabilitasyon programı ister hasta ister sağlıklı olsun, kişiye özel olarak hazırlanır. Toplumda “sağlıklı yaşlanma” konusunda bir farkındalık ve duyarlılık yaratabilmek açısından öncelikle sağlık ekibinin; “her tıbbi sorun ve uygulamanın yaşlı ile ilgili önemli ayrıcalıkları olduğunu ve bunları bilinçli olarak öğretmek ve uygulamak gerektiğini” özümsemeleri gerekmektedir.

11- Yalnızlıktan koruma: Yapılacak iş ve uğraş bulma, mental bozulma ve depresyonu önler. Sık ziyaret, yalnızlıktan doğacak sorunları önler.

12- İatrojenik hastalıklar: Yaşlılara ilaç verirken tutumlu olmak, yan etkileri konusunda hasta ve yakınlarını uyarmak ve bilgilendirmek, hastanın sık kontrolü gereklidir.

YAŞLI SAĞLIĞININ KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ÜSTLENDİĞİ ROL

*“Hemşirelik bir bütün olarak insana bakım veren tek sağlık disiplini”
Dr. Schawartz.*

Hemşireler bakım verici rolleri ile sağlık ekibi içinde diğer ekip üyeleri ile birlikte işbirliği içinde çalışırlar. Hemşirenin en önemli rollerinden biri olan bakım verici rolü ekip üyeleri ile işbirliği içinde çalışmayı gerektirir. Bakım verici rolünde hemşire, hastalık sürecine özel tedavi uygular ve hastanın sosyal-emosyonel iyilik durumunu yeniden kazandırmak için önlemler alır. Durumun birey ve aile üzerindeki fiziksel, psikososyal etkilerini tanımlar ve iyileştirici girişimlerde bulunur.

Hemşireler eğitici rolü ile yaşlı birey, aile ve toplumun sağlığını geliştirmek ve korumak, doğru sağlık davranışları kazandırmak için planlı olarak eğitim verir. Sağlık, tedavi ve yaşam biçimindeki değişiklikler hakkında yaşlıya ve ailesine bilgi sağlar. Hasta ve ailesinin deneyimlerinden anlam çıkarmaları, öğrenmeleri ve bağımsızlık kazanmaları için ne öğretileceğini tanımlar ve bunları öğretir. Yaşlı hastaya sağlık bakımı ile ilgili kavramları ve gerçekleri açıklar. Öğrenmeyi destekler ve davranış değişikliğini değerlendirir (Erdemir, 1998).

Savunuculuk rolü ile hemşire, yaşlıyı bilgilendirme, karar vermesine yardım etme, gerektiğinde sözcülük yapma, tanı ve tedavilerin yan etki ve komplikasyonlarından koruma gibi görevleri yerine getirir. Hemşirelerin savunucu rolü kapsamında; bakım verdiği birey ya da grup için fiziksel ve psikososyal olarak güvenli bir çevre sağlama, bakıma ilişkin karar verme süreçlerinde etik ilkeleri göz önünde bulundurma, hastanın yasal haklarını koruma ve gerektiğinde hakkını aramasına yardım etme gibi görev ve sorumlulukları vardır (Bennet 1999, Erdemir 1998).

Sağlık-hastalık durumunda ve ölüm süreci boyunca hemşire hasta haklarını ve yasal haklarını korumak için çaba harcar (Akça Ay F 2007, Erdoğan S ve ark 1994).

Yaşlının bireysel sosyo-ekonomik kaynaklarını tanımlar ve yönetir. Sorumluluğu doğru zamanda doğru kişiye verir. Diğer personeli denetler. Uygulama ortamındaki kaynakları etkili kullanır ve yönetir. Yaşlının aktivitesini koordine eder, sağlık kurumunu yaşlıya, yaşlıyı sağlık kurumuna yönlendirir (Erdemir, 1998).

SONUÇ

Yaşlı nüfusun artması ile ilişkili olarak yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerine talep de giderek artmaktadır. Bu talebin en iyi şekilde karşılanabilmesi için bu yaş grubuna sunulan sağlık hizmetlerinin de aynı doğrultuda gelişmesi gerekmektedir (Dişçigil G, 2007).

DSÖ' nün sağlıklı yaşlanma yaklaşımı, her yaşta insanın sağlıklı, güvenli ve sosyal açıdan aktif olabileceği bir hayat tarzını öngörmektedir. Yaşlanma ile ortaya çıkan sorunlar ancak sağlıklı yaşam tarzının teşvik edilmesi ve "Sağlıklı Yaşlanma" kavramının hayata geçirilmesi ile aşılabılır. Toplumun önemli bir parçası olan yaşlı bireyin bu dönemde aktif, üretken ve başarılı bir yaşam sürmesindeki en önemli faktör "Sağlıklı Yaşlanma"dır. Yaşlıların

gereksinimleri değerlendirilerek öncelikler belirlenmeli ve yaşlı nüfusun sağlığını geliştirmeye yönelik maliyet etkili müdahaleler yapılmalı, izlenmeli ve etkileri değerlendirilmelidir (WHO 1998, Kutsal YG 2000, İlhan M 2008).

“Yaşlı sağlığının korunması” ve “sağlıklı yaşlanma” politikalarının geliştirilmesi açısından koruyucu sağlık hizmetleri, yaşlı sağlığı ile ilgili çalışmalar yapan bütün sağlık profesyonelleri tarafından göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Akça Ay, F. (2007). **Temel Hemşirelik. Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar.** I. Baskı. Ed. Fatma Akça Ay. İstanbul Medikal Yayıncılık
- Alexandria, VA. (1996). **Guide to Clinical Preventive Services Report of the U.S Preventive Services Task Force (2 nd ed)**, International Medical Publishing. Inc.
- Allison, SP. (1995). “Cost effectiveness of nutritional support in elderly.” **Proc Nutr Soc**, 54: 693.
- Aydın, P. (2004). “Yaşlanan Beş Duyu: Göz.” **1. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi**, 126-127.
- Bahar, Z. (1993). “Sigaraya karşı sağlık personeli.” **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 9 (2): 87-114.
- Bahar Özvarış, Ş. (2006). **Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme.** Ed. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. I. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 1131-86.
- Bailey, BJ. (2001). **Bailey’s Otolaryngoloji Head and Neck Surgery**, Geriatric Otolaryngoloji. In Bailey BJ, Calhoun KH eds, Philadelphia: Lippincott Wilkins&Willimas: 201.
- Beers MH, Berkow R (2000), Basics of geriatric care.. **Merck Manuel of Geriatrics.** Merck&Co., mc. USA.; pp 74-86.
- Bennett, O. (1999). “Advocacy in nursing.” **Nursing Standard**, 14(11):40-41.
- Bilir, N. (2002). **Toplumun Yaşlanması**, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, Turgut Yayıncılık.
- Dişçigil, G., Tekin, N., (2007). **Aile Hekimleri için Geriatri El Kitabı**, Adnan menderes üniversitesi yayınları no.24

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N ve ark. (1994) “Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik”, **Hemşirelik Bülteni**, 8: 32.

Edelman C., Mde LC., (1998). **Health Promotion Throughout the Lifespan**, Plenum Pres, New York.

Erdemir, F. (1998). “Hemşirenin Rol ve İşlevleri Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi” **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2 (1) : 59-63.

Güleç M, Tekbaş FÖ. (1997). “Sağlık Perspektifinden Yaşlılık (The Health of Elderly)”. **Türkiye Klinikleri**, 17: 369-378.

Gözüm, S. (2002). “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Bakımı” **I. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı**.

Güler, Ç. (1997). Ed: Gökçe Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S. **Rehabilitasyon, Geriatri, Hekimler** Yayın Birliği, 146-160.

Güvener N. (2005). “Dislipidemi’de Tanısal Yaklaşım”, **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi**, <http://www.ttb.org.tr>. Erişim: 06.02.2010.

Hayward, RSA., Steinberg, EP., Ford, DE et al. (1991). “Preventive care guidelines”, **Ann Int Med**, , 114, 758-783.

Hodes, C. (1973). “Care of the Elderly in General Practice.” **Br Med J**, 4 (5883): 41-42.

İlhan, M. (2008). “Koruyucu Sağlık Hizmetleri Yönünden AntiAging Bakımın Önemi”, **Türkiye Klinikleri J Med Sci** p:28.

Korkmaz, M. (2006). “Yaşlılıkta İlaç Kullanımı ve Polifarmasi”, **İleri Geriatri Hemşireliği**, Ed. Fadiloğlu Ç., İzmir, sayfa 77.

Kutsal, YG. (2009). “Sağlıklı Yaşlanma”, **Turkish Journal of Geriatrics**, www.geriatri.org Erişim tarihi: 06.08.2009.

Kalkan, O. (2008). “Sağlığı Koruma İlkeleri”, www.bsm.gov.tr Erişim tarihi: 28.10.2008

Kars, A. (2004). “Yaşlılık ve Kanser”, **I. Ulusal Yaşlı Sağlık Kongresi**, 45-50.

Kutsal, YG. (2009). “Sağlıklı Yaşlanma”, **Turkish Journal of Geriatrics**, www.geriatri.org.tr Erişim: 06.08.2009

Kutsal, YG. (2000). **Neden Geriatri**. Kutsal YG, Bal S, editörler. **Geriatri 2000**. 1. Baskı. Ankara: Ankara Tabip Odası; p.39-42.

Öztek Z, Eren N. (2006). **Sağlık yönetimi**. Güler Ç, Akın L, editörler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; p.993-1016.

Sözen, T. (2004). “Yaşlıda Check-up”, **Turkish Journal of Geriatrics, Geriatri 1. Ulusal Yaşlı Sağlık Kongresi, Özel sayı** sf:51-56

Turgul, Ö. (2002). “Sağlığı Geliştirici Davranışların Değerlendirilmesi Amacıyla Çok Boyutlu Sağlık Anketi (Çsa)'nin Bausel Ölçeği İle Birlikte Uygulanması”. **Ege Tıp Dergisi** 41 (2) 91-95.

T.C. Devlet İstatistik Ens. (DİE) (2007). “**Türkiye İstatistik Yılığ**”, www.die.gov.tr Erişim Tarihi: 11.04.2007.

Uncu, Y. (2003). “Yaşlı Hastaya Birinci Basamakta Yaklaşım”, **Turkish Journal of Geriatrics**, 6:1,31-37

World Health Organization, (1998). **Health for All in the Twenty First Century**. 1 st ed, Geneva. WHO, 1-232.

World Health Organisation, (1997). **Health For All For The Twenty First Century**, The Health Policy for Europe. Regional Office For Europe, Copenhagen.p: 33

World Health Organisation, (1989). **Health of the Elderly**. Tecnical Report Series: Geneva. 779:1-2. 36-62. 70-83.

<http://www.geriatricsyllabus.com/gener/preve/html> Erişim Tarihi: 28.07.2009