

Preventive Health Measurements in Geriatric Period

Yaşlılık Döneminde Koruyucu Sağlık Bakımı

Ahmet Öztürk¹, Salim Özenç^{2*}, Sebahattin Canmemiş³, Ergün Bozoğlu¹

ABSTRACT

Prevention of diseases and improvement of well being are important health labor not only for young adults but also for geriatric population. It is well known that the rate of chronic diseases increase by age. While 80% of geriatric people have at least 1 comorbid disease, 50% of them have at least 2 comorbid diseases. High prevalence and impact of chronic health problems of geriatric population should be considered. Besides, it is important to improve the quality of life with evidence-based interventions before problems occur. It should be noted that the loss of functionality and dependencies are not the inevitable consequences of aging. It is possible to talk about the development of health care for all elderly.

Key words: Elderly, preventive medicine, improvement health

ÖZET

Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi, genç erişkinlerde olduğu gibi yaşlılık döneminde de önemli bir sağlık hizmetidir. Bilindiği gibi, yaş arttıkça kronik hastalık oranı artmaktadır. Yaşlıların %80'inde en az 1 ek hastalık, %50'sinde ise en az 2 ek hastalık vardır. Yaşlılarda, kronik sağlık sorunlarının yüksek prevalansı göz önüne alınmalıdır. Ayrıca kanıta dayalı müdahaleler ile problemler oluşmadan, yaşam kalitesini maksimum artırmaya çalışmak önemlidir. Unutulmamalıdır ki, fonksiyonelliğin kaybı ve bağımlılık yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu değildir. Yaşlıların tümü için sağlığın geliştirilmesinden bahsetmek mümkündür.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, koruyucu hekimlik, sağlığın geliştirilmesi

Received / Geliş tarihi: 28.07.2015, Accepted / Kabul tarihi: 08.12. 2015

¹Gata Geriatri AD, Ankara, ²Diyarbakır Asker Hastanesi Aile Hekimliği Birimi Diyarbakır, ³Bayburt Devlet Hastanesi Anestezi bölümü, Bayburt. *Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Salim Özenç, Diyarbakır Asker Hastanesi Aile Hekimliği Birimi Diyarbakır/TÜRKİYE. E-mail: salim.ozenc@yahoo.com

Öztürk A, Özenç S, Canmemiş S, Bozoğlu E. Yaşlılık Döneminde Koruyucu Sağlık Bakımı. TJFM&PC, 2016;10(1):34-41. DOI: 10.5455/tjfmpe.196181



GİRİŞ

Hastalıkların önlenmesiyle, sağlığın geliştirilmesi genç erişkinlerde olduğu gibi yaşlılık döneminde de önemli bir sağlık hizmetidir. Thomas Adams "Korunmak, tedavi etmekten her zaman daha iyidir, zira kişileri hasta olma eziyeti ve külfetinden uzak tutar". ABD'de yaşlanma profili son yüzyılda önemli ölçüde değişmiştir. 1900 yılında, doğumda beklenen yaşam süresi 47 yaş iken 2008 yılında beklenen yaşam süresi 78 yaş ve 2030 yılında nüfusun %20'si veya 70 milyondan fazla kişinin 65 yaş ve üzerinde olması beklenmektedir.¹ Ülkemizde ise, Türkiye İstatistik Kurumu'nun adrese dayalı nüfus sayımı verilerine göre, 2014 Türkiye Nüfusu 77.695.904 kişidir ve bunun %8'ini 65 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır.

Enfeksiyon nedeniyle ölümlerin azalması sonucu, kalp hastalığı, kanser, inme gibi hastalıklar yaşlılar arasında lider "katiller" haline gelmiştir. Bilindiği gibi, yaş arttıkça kronik hastalık oranı artar. Yaşlıların %80'nin en az 1 ek hastalığı, %50'sinin en az 2 ek hastalığı vardır.¹

Geriatik sendromların varlığı ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık arasında güçlü bir ilişki söz konusudur. Kognitif bozukluk, düşme, idrar tutamama, görme veya işitme bozukluğu, düşük vücut kitle indeksi ve baş dönmesi bunlardan önde gelenlerdir. Relatif risk tek olayda 2,1 üç veya daha fazla olayda 6,6'dır. Unutulmamalıdır ki, fonksiyonelliğin kaybı ve bağımlılık yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu değildir. Yaşlılarda, kronik sağlık sorunlarının yüksek prevalansı ve etkisi göz önüne alındığında; kanıta dayalı müdahaleler ile problemler oluşmadan yaşam kalitesini maksimum artırmaya çalışmak ana hedefimiz olmalıdır. Kırılğan Yaşlı Bakımı Değerlendirilmesi [(TheAssessingCare of VulnerableElders (ACOVE-3)] projesi, rutin sağlık bakımı için önerilerini içerir. Ayrıca, yaşlı bakımında kalite göstergelerini belirler ve otörlerin kanıta dayalı kişisel yorumlarına yer verir.²

Koruyucu hekimlik, her yaş grubunda olduğu gibi, yaşlılık döneminde de büyük önem taşımaktadır. Koruyucu hekimliğin amacı; hastalığın ortaya çıkışını engellemek, erken tanı koyarak hastalığın ilerlemesini ve komplikasyon gelişimini azaltmaktır. Yaşlı bireylerde hastalıkları önlemek, yaşam kalitesini artırmak ve yaşlılık dönemi sağlık harcamalarını kontrol etmek için koruyucu sağlık hizmetleri gerekmektedir. Bu amaçla tarama testlerine ihtiyaç vardır. Yaşlılık döneminde tarama testleri planlanırken, kişinin fonksiyonel kapasitesi, genel durumu, eşlik eden ek hastalıkların olup olmadığı, yaşam beklentisi; taranması planlanan hastalığın veya durumun o toplumdaki sıklığı; tedavisinin ve erken tanısının olası olması, ülkenin ekonomik durumu ve sağlık sistemi gibi faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır.³

Yaşlıların tümü için sağlığın geliştirilmesinden bahsedilebilir. Korunmanın etkinliği, yaşının fiziksel sağlığı, fonksiyonel kapasitesi ve kognitif durumuna bağlı

olarak değişir. Sağlıklı yaşlıda, kronik hastalığı olan yaşlıda ve kırılğan yaşlıda seçilecek girişimler farklıdır. Sağlıklı yaşlıda, kronik hastalık yok veya azımsanacak kadar az olup, kişilerin fonksiyonel kapasiteleri iyidir. Bu grupta tarama testleri, hastalıkların birincil ve ikincil korunmasına ve kırılğanlığın önlenmesine yönelik girişimleri içermelidir. Kronik hastalığı olan yaşlılarda tarama testleri, normal sağlıklı yaşlılarda önerilenlerin yanında, mevcut hastalıkların takibi ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesine yönelik olanları içermelidir. Yaşlı popülasyonda, birinci basamak kısa vadeli tanımlar ile orta ve uzun vadeli hedefler için uygun bir çerçeve oluşturur. Ayrıca bağlı olduğu toplulukların uygun şekilde yardım ve önceliklerini belirler, etkili bir şekilde uygulanmasına yardımcı olur. Kısa vadeli acil ihtiyaçlara odaklanmak ya da mevcut sağlık durumunu korumak, son dönem hastalar için tek odak noktası olabilir. Orta vadeli sorunlar için 5 yıllık ihtiyaçları belirlemeli; önleyici bakım, hastalık yönetimi psikolojik sorunlar ve başa çıkma stratejilerini içermelidir. Uzun vadeli sorunlar için; sağlıklı ve fonksiyonel iken planlar yapılmalıdır. Beklenen düşüklükte efektif biçimde hareket edebilmek için, sağlıklı yaşam ve fonksiyonelliğin devamı açısından önceliğin seçiminde hasta ve bakım verenin yardımının gerekliliği unutulmamalıdır.⁴

Koruyucu önlemler, genel olarak Tablo 1'de görüldüğü gibi dört grupta sınıflandırılır.

Tablo 1. Koruyucu önlemlerin aşamaları

| BİRİNCİL KORUMA | İKİNCİL KORUMA | ÜÇÜNCÜL KORUMA | DÖRDÜNCÜL KORUMA |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|--|
| Hastalık öncesi dönem | Asemptomatik hastalık dönemi | Semptomatik hastalık dönemi | Gereksiz ilaç ve tıbbi müdahaleleri önleme |

*Birincil korunma: Asemptomatik kişilerde, hastalığın ortaya çıkışını önlemek için yapılan girişimler (Aşılar, yaşam tarzı değişiklikleri, fiziksel aktivitenin desteklenmesi ve kemoprofilaksi).

*İkincil korunma ise, hastalıkları semptomatik hale gelmeden önce teşhis ederek morbidite ve mortaliteyi azaltmayı hedefler. Kanser taraması, işitme veya görme bozukluğu, osteoporoz için kemik mineral dansitesi ölçümü, hipertansiyonu tespit için kan basıncı ölçümü ve abdominal aort anevrizması için abdominal ultrasonografi yapmak ikincil korunma örnekleridir.

*Üçüncül korunma ise, var olan bir hastalığın rehabilitasyonu, daha fazla morbiditenin oluşumunu önlemek, fonksiyonelliği korumak amacıyla yapılan işlemlerdir. Diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarının önlenmesi (hipoglisemi koması, diyabetik ayak, nefropati, nöropati, retinopati, koroner arter hastalığı gelişmesi gibi), kognitif problemlerin tanımlanması, yürüme ve denge

problemlerini önleme, malnütrisyon ve idrar kaçırma rahatsızlıkları önleme örnek olarak verilebilir.

*Dördüncül koruma; hastayı gereksiz ilaç kullanımı ve gereksiz tıbbi müdahaleden korumak için yapılır. Kısaca hastayı hekimlerin yapabileceği hatalardan korumak amaçlanmakta diyebiliriz (gereksiz ilaç kullanımı, gereksiz invazif girişimler gibi).

1.Yaşlılarda Birincil Koruma

Çok yaşlılarda bile koruyucu hekimlikle hastalıkları önlemek, ilerlemesini yavaşlatmak ve komplikasyonları azaltmak mümkündür. Sağlıklı bir yaşam tarzı belirlemek, yaşlılıkta ortaya çıkabilecek engellilik gelişimini önlemekte yararlıdır. 65 yaş üstü engelliliği bulunmayan bireylerde yapılan bir kohort çalışmada, 12 aylık takip sonucunda aktif sigara içenler veya yakın zamanda bırakanlarda, engellilik gelişme riski yüksek seviyede bulunmuştur. Günlük 1 porsiyondan az sebze ve meyve yiyenlerde engellilik gelişme riski orta/yüksek düzeyde.Orta ve düşük seviyede fiziksel aktivitede bulunanlarda ise, engellilik gelişme riski orta düzeyde bulunmuştur.⁵ Yaşlılardaki birincil koruma yöntemlerine alt başlıklar halinde sırayla değinilecektir.

Beslenme

Beslenmenin değerlendirilmesi, yaşlı değerlendirmesinin olmazsa olmaz parçalarından biridir. Bu açıdan hastanın iştah durumu, kilosu belirlenmeli, son 6 ay içerisinde istemsiz olarak vücut ağırlığının % 10' undan fazlasının kaybedilmesi durumunda “ Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi ” yapılmalıdır. Hastaların mutlaka boy, kilo, bel, baldır ve üst orta kol çevresi gibi ölçümleri kayıt altında tutulmalıdır.⁶

Fiziksel Aktivite

Egzersiz, tüm yaşlarda faydalıdır. Morbiditesi azaltır, yaşam kalitesini artırır. Yaşlıların tümüne egzersiz önerilmelidir. Çok yaşlı ve komorbid durumları olanlar özel bakım tesislerinde egzersizden yararlandırılmalıdır. The American Heart Association (AHA) ve American College of Sport Medicine (ACSM) 65 yaş üstü bireyler için, egzersiz ve çeşitli faaliyet türleri için rehberler yayınlamıştır. Spesifik egzersizler aerobik, kas güçlendirme, esneklik, denge olmak üzere dört kategoriye ayrılır.⁷⁻⁹

AHA/ACSM kılavuzları egzersizlere güvenlilik ve devamlılık açısından kademeli olarak ya da derecesine göre yapılmasını vurgulamaktadır. Kişiye özgü bireysel aktivite planı yapılmalıdır. Özellikle çoklu hastalıkları olanlarda ve yaşlılarda, fizyoterapistler tarafından kişiye özgü programlar düzenlenmelidir (ör: kardiyak veya pulmoner rehabilitasyon). Asemptomatik hastalarda, rutin

EKG veya eforlu testler egzersiz programlarına başlangıçta endike değildir.

Denge egzersizleri, düşmeleri önlemek, ayakta sağlam durabilmek ve olası düşmelerle olabilecek yaralanmalarda faydalıdır. Statik denge eğitiminde, denge platformunda kişinin mevcut dengesini korumayı sağlaması amaçlanır. Dinamik denge eğitimi, TaiChi gibi belli plan ve program dışında da yapılabilir tarzda olmalıdır.^{10,11}

Aerobik aktivite, haftada 5 gün 30 dakika orta şiddette egzersiz veya haftada 3 gün 20 dakika daha yoğunluktaki (kuvvetli) aktivite şeklinde yapılmalı. İki aktivitenin çeşitli kombinasyonları da önerilebilir.

Kas gücünü korumak ve artırmak için direnç ve ağırlık egzersizleri uygulanır.

Esneklik için yapılan egzersizlerde, kanıtlar daha güçsüz olmakla birlikte, uzmanlar her gün yapılan 10 dakikalık majör kasları sabit germe egzersizlerinin aerobik veya kas güçlendirme egzersizler sonrası hareket açığını korumak için önermektedir.¹²

Sigara ve Alkol Kullanımına Yönelik Koruma

65 yaş üstü bireylerde kullanım oranları, gençlere oranla daha düşüktür. Sigara kullanımının eskiden beri mortalite ile ilişkisi bilinmektedir. Sigara içimi akciğer kanseri, kalp-damar hastalıkları, KOAH başta olmak üzere pek çok hastalıkta risk faktörüdür. Sigarayı bırakmanın, koroner kalp hastalığı, çeşitli kanser ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı riskini azalttığı yüksek kanıt düzeyinde gösterilmiştir.¹³

Yaşlılarda yapılan toplum kökenli bir çalışmada; mortalitenin 5 yıl içerisinde sigarayı bırakanlarda, aktif kullananlara oranla daha düşük olduğu bulunmuştur.¹⁴ ACOVE sigarayı bırakmayla ilgili danışmanlık ve ilaç tedavisi şeklinde genel uygulamada etkili birkaç yöntem tanımlamıştır.¹⁵ United States Preventive Services Task Force (USPSTF), sigarayı bırakmak için danışmanlık ve farmakoterapi önermektedir.¹⁵ Nikotin replasmanının yaşlılarda spesifik çalışması olmamakla birlikte uygun bireylerde etkili olduğu gösterilmiştir.¹⁶

Bupropion ve vareniklin dahil olmak üzere diğer seçenekler, aynı zamanda yaşlı hastalar için de uygun tercihler olabilir.¹⁶

65 yaş üstü kişilerde, alkol tüketimi ile kronik olaylar ve ilaç kullanımı %15 oranında sağlık sorunları ile ilişkili bulunmuştur. Alkol kullanımı genel sağlık sorunlarını etkilediği gibi yaşlılarda kognitif fonksiyonları da bozabilmektedir.¹⁷

American Geriatrics Society, rehberlerinde alkol kullanım sıklığı ve miktarı ile ilgili aşağıdaki 4 sorunun sorulmasını önermektedir.

1. Alkol alımını azaltmanız gerektiğini hiç hissettiniz mi (ilaç kullanmak ister misiniz)?
 2. Alkol aldığımız için gelen eleştiriler sizi sinirlendirir mi?
 3. İçtiğimiz için suçluluk hissettiğiniz oldu mu?
 4. Sinirlendiğiniz veya sabah kalktığımızda gözlerinizi açtığımız zaman ilk düşündüğünüz içmek midir?
- Bu soruların ikisinin veya daha fazlasının cevabı evetse profesyonel yardım gerekir¹⁸.The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)'nımaşırı alkol tüketimi için bir danışmanlık programı vardır.

Aspirin Kullanımı

Kardiyovasküler hastalıklar ve inme, Birleşik Devletler'de en sık ölüm sebebidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre, 2020 yılında kardiyovasküler hastalıklar (KVH) tüm dünyada en sık ölüm sebebi olacaktır. Her 5 erişkinden 1 tanesinde kardiyovasküler hastalıkların bir formunun bulunduğu düşünülmektedir. Aspirinin, kardiyovasküler faydaları trombositlerdeki COX-1'i geri dönüşümsüz olarak asetilmesi ile (75-100mg/gün dozunda) oluşmaktadır. Aspirinin net faydası, artan kardiyovasküler hastalık riski ile belirginleşmektedir. Örneğin, 5 yıllık KVH riski %1 olan her 1000 hastada aspirin kullanımı 1-4 kalp krizini engellerken, riski %5 olan grupta 6-20 myokardenfarktüsünü engellenmektedir. USPSTF kılavuzlarında, artmış kardiyovasküler hastalıklar riskinde (5 yıllık risk ≥ 3 ise) aspirin kullanımı şiddetle tavsiye edilmektedir¹⁹. Women's Health Study sonuçlarında ise inme ve koroner kalp hastalıkları risk önlemesinde aspirin tedavisinin yararlılıklarının erkek ve kadın cinsiyette farklılık gösterebileceği belirtilmiştir.²⁰ Aspirin, erkekleri ilk olarak MI, kadınları ise iskemik inmeden korumaktadır.

KVH'dan korunmada düşük doz aspirinin (100 mg/gün veya daha azının 75 mg/gün) yeterli olduğunu göstermektedir. Aspirin kullanımı, hemorajik inme ve gastrointestinal sistem (GİS) kanama riskini belirgin şekilde artırmaktadır. Yaşlılarda düşük doz aspirin tedavisi ile GİS kanamaları olabileceği bildirilmiştir. Yapılan dengeleme analizine göre kanama riski ile MI ve stroke riski gözden geçirilmeli ve karar verme aşamasında, yarar-zarar ilişkisine göre kullanımı kişilerin durumuna göre planlanmalıdır.^{21,22} The American College of Cardiology / American College of Gastroenterology/American Heart Association kılavuzları kronik aspirin kullanan 60 yaş üstü tüm hastalarda birlikte proton pompa inhibitörlerinin kullanımını da önermektedir.²³

Aşılama

Yaşlanmayla birlikte, immün yanıtın azalması sonucu aşıya verilen yanıt da azalır. 40 yaş altındakiler Hepatit- B aşısına

%95 oranında koruyucu antikor cevabı oluşurken 65 yaş üzerinde bu oran %75 civarına düşer.²⁴

Tablo 2. Yaş gruplarına göre aşılamaya tablosu

| Aşı | 50-59 | 60-64 | 65 yaş üstü |
|-------------------------------------|--|--|---|
| Tetanoz-Difteri-Boğmaca | Primer immünizasyon tam ise 10 yılda bir rapel (ilk dozda asellüler boğmaca) | Primer immünizasyon tam ise 10 yılda bir rapel (ilk dozda asellüler boğmaca) | Td ile 10 yılda bir rapel |
| Herpes Zoster | Önerilmemekte | Tek doz | Tek doz |
| Pnömonokok | Riskli hasta grubuna 1 veya 2 doz | Riskli hasta grubuna 1 veya 2 doz | Tek doz |
| İnfluenza | Her influenza sezonundan önce tek doz | Her influenza sezonundan önce tek doz | Her influenza sezonundan önce tek doz |
| Hepatit A | Riskli hasta grubunda 2 doz | Riskli hasta grubunda 2 doz | Riskli hasta grubunda 2 doz |
| Hepatit B | Riskli hasta grubunda 2 doz | Riskli hasta grubunda 2 doz | Riskli hasta grubunda 2 doz |
| Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak | Riskli hasta grubunda 1 veya 2 doz | Riskli hasta grubunda 1 veya 2 doz | Önerilmemekte |
| Meningokok | Riskli hasta grubunda 1 veya daha fazla doz | Riskli hasta grubunda 1 veya daha fazla doz | Riskli hasta grubunda 1 veya daha fazla doz |
| Varisella | 2 doz | 2 doz | 2 doz |

Recommended Adult Immunization Schedule-United States 2015

İnfluenza Aşısı: Yaşlı popülasyonda, tüm hastalık ve ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir. Pnömoni ve influenza ilişkili ölümlerin %90'dan fazlası 65 yaş ve üzeri kişilerdir. İmmün yaşlanma ve viralklirende zayıflama nedeniyle yaşlı kişiler influenza komplikasyonları açısından daha yüksek risk altında bulunmaktadır.²⁵ Düşük titrede antikor oluşmasına rağmen, yaşlı kişiler aşılamadan fayda görmekte ve semptomlar daha düşük şiddette seyretmektedir.²⁶ Aşı İnfluenzainsidansını ve şiddetini azaltmakta, influenza ile ilişkili hastaneye yatışlarını (%48) önlemektedir. Ayrıca Pnömonileri, inme ve iskemik kalp hastalığı riskini azaltır.²⁵

Tetanoz-Difteri Toksoid Aşısı: 60 yaş ve üstünde tetanoz enfeksiyonu riski, 20-59 yaş arası kişilere göre 2 kat fazladır. ABD'de tetanoz vakalarının %60'ı, 60 yaş üstü vakalarda mortalite riski yaş ile orantılı olarak artmakta Tetanospazmin'e karşı gelişen antikor titre düzeyleri de yaşla beraber azalmaktadır.²⁷ 65 yaş üstü kişilere önerilen aşı formu "Td"dir. Yaralanma sonrası aşılamaya şekli tablo 3'de özetlenmiştir. Aşı öyküsü bilinmeyen ya da güvenilir olmayan kişilere; Td, 4 hafta arayla 2 doz, 2. dozdan 6-12 ay sonra 3. doz uygulanır. 10 yılda bir ise rapel dozu yapılmalıdır.

Tablo 3. Tetanoz için temas sonrası profilaksi

| Temiz minör yaralar Bağışıklama durumu | Diğer Bütün Yaralar* | | Td | TIG |
|---|----------------------|-------|-------|-------|
| | Td | TIG | | |
| Bilinmiyor veya doz<3 | Evet | Hayır | Evet | Hayır |
| >3 doz | Hayır** | Hayır | Hayır | Hayır |

*Kirliliği, dışkı ve salya teması olan yaralanmalar, ısırık, yanık, donma, kurşun yarası, kesi yaraları, yanıklar, yabancı cisim batması.
Td: Tetanoz ve erişkin difteri toksoidi, TIG: Tenanoz/immünooglobülin
**Son doz üzerinden geçen süre >10 yıl ise Evet
***Son doz üzerinden geçen süre >5 yıl ise Evet

Pnömonokok Aşısı: 65 yaş üzerinde pnömonokok enfeksiyonların insidansı artar. Mortalite genellikle bakteriyemi ve menenjit ile ilişkilidir. 50-70 yaş arasındaki bireyler için %40'ın altında iken, 70 yaş üstünde risk %55 üzerine çıkar.²⁸ Yaşlılarda büyük ölçekli prospektif etkinlik çalışmaları olmamakla birlikte, daha küçük çalışmalar ve onların meta analizleri mevcuttur. Aşı, pnömoni ve pnömonokok ile meydana gelen invaziv hastalıklarda hastaneye yatışı ve ölümü engellemede %60-64 etkindir.²⁸ 65 yaş üzerindeki kişilere, 23 serogrup içeren polisakarid aşı (PPV23) şu şekilde uygulanır;

Eğer ilk doz 65 yaşından önce ise tek doz aşılama, ilk aşılama 65 yaş üzerinde ve üzerinden en az 5 yıl geçmişse 2. bir doz uygulama yapılır (Subkutan ya da İntramüsküler). Pnömonokok aşısı başka bir bölgeden olmak koşulu ile bütün aşılarla aynı zamanda uygulanabilir. 13 valanlı konjuge pnömonokok (PCV13) ile PPV23 aşılarının 65 yaş üzeri kişilerde maliyet-etkinlik açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada PPV23 daha pahalı ve az etkin, tek doz PCV13 ile aşılama stratejisi yaşlılarda daha ekonomik daha immünojenik bulunmuştur.²⁹

2014 yılında Amerika Birleşik Devletleri hastalıkları kontrol ve aşı uygulamalarına ilişkin danışma komitesi (ACIP) pnömonokok aşısı ile ilgili revizyona gitti; 65 yaş üstü tüm yetişkinlere PCV13 ve PPSV23 yapılmasını önermektedir. Tüm yaşlılara 65 yaş öncesi aşılanmış dahi olsalar 1 doz PPSV23 yapılmalıdır. Bununla birlikte PPSV23 dozları arasında beş yıllık bir minimum aralık muhafaza edilmeli. PCV13 ise aşılanmanın tekrarı için (Rapel için) uygun değildir.³⁰

Herpes Zoster veya Zona: Yaşam boyunca, bireylerin yaklaşık % 30'unu etkiler ve bu kişilerin 2/3'sinden fazlası 50 yaş üstündedir. Latent varisella, zoster virüsünün reaktivasyonu sonucu ağırlı lokalize döküntü ile ortaya çıkar. Ayrıca yaşlı (8-10 kat), immune yetmezlikli ya da stres durumunda görülme oranı artar. Post-herpetik nevralji, ensefalit, miyelit, kranial ve periferik sinirlerin felci dahil en sık gözlenen komplikasyonlarıdır.³¹

Uzun süreli bir kohort çalışmada, zona aşısının hem sağlıklı hem de diyabetes mellitus ve koroner kalp hastalığı gibi kronik hastalıkları olanlarda, %55 oranında zona riskini azalttığı gösterilmiştir.³¹

60 yaş ve üzeri 38500 olgunun placebo ile karşılaştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada, zona aşısının tek doz aşılama ile 60 yaş ve üstü kişilerde 5 yıl boyunca Zona enfeksiyon oranını %51, Postherpetik nevralji oranını %67 oranında azalttığı gösterilmiştir.³²

60 yaş ve üzeri kişilere, daha önce herpes zoster enfeksiyonu olup olmamasına bakılmaksızın tek doz aşı yapılması önerilmektedir.³³

2. Yaşlılarda İkincil Koruma

Hipertansiyon, dislipidemi, diyabetes mellitus, abdominal aort anevrizması, obezite gibi kardiyovasküler risk faktörlerinin taranmasının yanında; meme, prostat, serviks kanseri, kolorektal kanser, tiroid fonksiyon bozuklukları, osteoporoz, depresyon, kognitif fonksiyon bozukluğu ve bunun yanında işitme ve görme fonksiyonlarının değerlendirilmesine yönelik taramalar da yapılmalıdır. Görme bozuklukları yaşam kalitesini olumsuz etkiler, düşme riskini artırır ve genelde %25-50 olguda tedavi gerektirir. Görme kaybı "Snellen şeması" gibi basit taramalarla saptanabilir ve birinci basamak hekimleri tarafından da yapılabilir. Snellen testi 65 yaş üstü kişilerde uygulanabilir. Diyabetik retinopati ve maküler dejenerasyon ise fundoskopik muayene ile tespit edilir. Aile hekimine herhangi bir yakınma ile gelen yaşlıda "İki hafta içinde kendinizi umutsuz, üzgün hissettiniz mi?" "İki hafta içinde yapmakta olduğunuz şeylere ilginiz azalma oldu mu?" gibi iki soru şeklinde yapılan depresyon taramaları diğer uzun tarama yöntemleri kadar başarılı olmaktadır. Demansı dışlamak için "Mini Mental Durum Değerlendirme (MMSE)" testinin uygulanması önerilir. Yaşlılarda tam kan sayımı ve idrar tahlilleri istenmesi gereken rutin testlerin başında gelmelidir. Anemi saptandığında, aneminin etyolojisine yönelik testler yapılmalıdır. İleri yaşta B12 vitamini eksikliği sıklığı arttığı unutulmamalıdır. Özellikle beslenme bozukluğu olanlarda, bakımevinde kalanlarda, nöropsikiyatrik bozukluğu olan veya anemi saptanan yaşlılarda B12 vitamin düzeyi tayin edilmelidir.³⁴

3. Yaşlılarda Üçüncül Koruma

Olası komplikasyonları önlemek için, hipertansiyon tedavisi prensipleri; başlangıç tedavisi nonfarmakolojik yaklaşımları içermelidir (tuz kısıtlaması, diyet, kan basıncı artırıcı ilaçların kesilmesi gibi). Genel bir görüş birliği, 80 yaş ve üzeri yaşlılarda kan basıncı hedefi 150/90 mmHg düşük değerlerde olması gerektiği şeklindedir. Yaşlılarda hipertansiyonun agresif tedavisi; ortostatik hipotansiyon,

düşme, böbrek yetmezliği ve elektrolit anomalileri endişe verici hadiseler sebebe olabilir.

Diabetes Mellitus'un kötü kontrolü; dehidratasyon, kötü yara iyileşmesi, ketoasidoz koması, hiperglisemikhiperosmolar koma, diyabetik ayak, nöropati, retinopati ve nefropati gibi komplikasyonları beraberinde getirir.

Diyabetik hastalardan istenmesi gerekli rutin laboratuvar testleri ve izlenme sıklıkları aşağıda verilmiştir⁴⁰:

- HbA1c: 3-6 ayda bir kez
- Açlık lipidprofili (total kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, trigliserid): Yılda bir kez
- Mikroalbuminüri: Tanıda ve daha sonra yılda bir kez
- Serum kreatinin: Yılda bir kez
- İdrar incelemesi (keton, protein, sediment): Her vizitte
- EKG: Yılda bir kez

4.Yaşlılarda Dördüncül Koruma

Gözlemsel çalışmalar, multivitamin takviyesinin kanser veya kardiyovasküler hadiseleri azaltmadığını göstermiştir. Bir kohort çalışmasında, sağlıklı yaşlılarda uzun süreli multivitamin takviyesinin mortaliteyi artırdığı gözlemlenmiştir.⁴¹

Üriner inkontinans, yaşlılarda sosyal ve duygusal sıkıntıya neden olan en önemli problemlerden biri olmasına rağmen rutin olarak ürodinamik test önerilmemelidir. Presipite edici faktörler sorulmalıdır (öksürük, ilaç kullanımı gibi). Mesane ve rektal bölge değerlendirilip, nörolojik muayene uygulanmalıdır. Enfeksiyon açısından idrar ve kan tetkikleri, metabolik parametreler, renal fonksiyonlar ve B12 seviyesi araştırılmalıdır.⁴²

SONUÇ

Yaşlıların, yukarıda değindiğimiz durumların dışında beslenme sorunları, duysal ve kognitif işlev yetersizliği sonucu vekalet verme, yaşlılara kötü muamele (suistimal), sosyal izolasyon, arkadaş eksikliği, yakınlarının olmaması, iyilik halinin devamı ve fiziksel bağımsızlığı açısından emosyonel destek sağlayan organizasyonlarının eksikliği, ürinerinkontinans, çoklu ilaç kullanımı gibi daha pek çok problemlerinden bahsetmek mümkündür.

Geriatrik yaş grubunda, koruyucu hekimliğin faydalı olması için, koruyucu hekimliğe genç yaşlardan, hatta

çocukluktan itibaren başlanmalıdır. Koruyucu önlemlerin etkinliği, yaşının fiziksel sağlığı, fonksiyonel kapasitesi ve kognitif durumuna bağlı olarak değişebilmektedir. Ancak çok yaşlılarda bile, koruyucu hekimlikle hastalıkları önlemek, ilerlemesini yavaşlatmak ve komplikasyonları azaltmanın mümkün olduğu bilinmelidir.

KAYNAKLAR

1. Centers for Disease Control and Prevention and The Merck Company Foundation. The State of Aging and Health in America 2007. The Merck Company Foundation, Whitehouse Station, NJ 2007. Available at: <http://www.cdc.gov> (10 Nisan 2015'te erişilmiştir).
2. Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, et al. Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study. *Ann Intern Med* 2007; 147:156.
3. Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı, Aile Hekimliği Eğitim Geliştirme Daire Bşkliği, 2013.
4. Reuben DB. Medical care for the final years of life: "When you're 83, it's not going to be 20 years". *JAMA* 2009; 302:2686.
5. Artaud F, Dugravot A, Sabia S, ark. Unhealthy behaviours and disability in older adults: three-City Dijoncohortstudy. *BMJ* 2013; 347:f4240.
6. Karan MA. Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesi. *Klinik Gelişim* 2004; 17 (2): 1-8
7. US Department of Healthand Human Services. Healthy People 2010, conference edition. Washington DC: U.S. Department of Healthand Human Services; 2000. Available at: www.healthypeople.gov (21 Mayıs 2015'te erişilmiştir)
8. King AC, Guralnik JM. Maximizing the potential of an aging population. *JAMA* 2010; 304:1944.
9. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, ark. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116:1094.
10. Province MA, Hadley EC, Hornbrook MC, ark. Theeffects of exercise on falls in elderly patients. A preplanned meta-analysis of the FICSIT Trials. *Frailty and Injuries: Cooperative Studies of InterventionTechniques. JAMA* 1995; 273:1341.
11. Wolf SL, Barnhart HX, Kutner NG, ark. Reducing frailty and falls in older persons: an investigation of TaiChi and computerized balance training. Atlanta FICSIT Group. *Frailty and Injuries: CooperativeStudies of Intervention Techniques. J Am GeriatrSoc* 1996; 44: 489.
12. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, ark. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of

- Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116: 1094.
13. Doolan DM, Froelicher ES. Efficacy of smoking cessation intervention among special populations: review of the literature from 2000 to 2005. *Nurs Res* 2006; 55: 29.
 14. Burns DM. Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation. *Am J HealthPromot* 2000; 14:357.
 15. Gnanadesigan N, Fung CH. Quality indicators for screening and prevention in vulnerable elders. *J Am GeriatrSoc* 2007; 55: 417.
 16. Elhassan A, Chow RD. Smoking cessation in the elderly. *Clin Geriatr* 2007; 15: 38.
 17. Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. American Geriatrics Society (AGS) Position Statement. American Geriatrics Society, New York 2003.
 18. Gnanadesigan N, Fung CH. Quality indicators for screening and prevention in vulnerable elders. *J Am GeriatrSoc* 2007; 55 Suppl 2:S417.
 19. Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. American Geriatrics Society (AGS) Position Statement. American Geriatrics Society, New York 2003.
 20. Aspirin for the Prevention of Cardiovascular Disease: Preventive Medication. USPSTF. Release Date: March 2009. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Pag e/Topic/recommendation-summary/aspirin-for-the-prevention-of-cardiovascular-disease-preventive-medication> (06 Kasım 2014'te erişilmiştir)
 21. Ridker PM, Cook NR, Lee IM, ark. A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med* 2005; 352:1293
 22. Shrank WH, Polinski JM, Avorn J. Quality indicators for medication use in vulnerable elders. *J Am GeriatrSoc* 2007; 55 Suppl 2:S373.
 23. Nelson MR, Liew D, Bertram M, Vos T. Epidemiological modelling of routine use of low dose aspirin for the primary prevention of coronary heart disease and stroke in those aged >or =70. *BMJ* 2005; 330:1306.
 24. Bhatt DL, Scheiman J, Abraham NS, ark. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Circulation* 2008; 118:1894.
 25. Baştürk B, Boyacıoğlu S. İmmün yaşlanma. *Türk Geriatri Dergisi* 2004;7:159-61.
 26. Tan AA. Inflammation in elderly. *Türk Geriatri Derg* 2009;12-96.
 27. Weston WM, Friedland LR, Wu X, ark. Vaccination of adults 65 years of age and older with tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine (Boostrix®): Results of two randomized trials. *Vaccine*. 2012;30:1721-8.
 28. Blasi F, FM. Mantero, Pier Achille Santus, ark. Understanding the burden of pneumococcal disease in adults. *Clin Microbiol Infect*. 2012;18(Suppl 5):7-14.
 29. Smith KJ, Wateska AR, Nowalk MP, ark. Modeling of cost effectiveness of pneumococcal conjugate vaccination strategies in U.S. older adults. *Am J PrevMed*. 2013;44:373-81.
 30. Tomczyk S, Bennett NM, Stoecker C, ark. Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine among adults aged ≥65 years: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014; 63:822.
 31. Kimberlin DW, Whitley RJ. Varicella-zoster vaccine for the prevention of herpes zoster. *N Engl J Med* 2007; 356:1338.
 32. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, ark. A vaccine to prevent herpes zoster and post herpetic neuralgia in older adults. *N Engl J Med* 2005; 352:2271.
 33. Tseng HF, Smith N, Harpaz R, ark. Herpes zoster vaccine in older adults and the risk of subsequent herpes zoster disease. *JAMA* 2011; 305:160.
 34. Siegel R, Ward E, Brawley O, ark. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin* 2011; 61:212.
 35. Kimbro LB, Mangione CM, Steers WN, ark. Depression and all-cause mortality in persons with diabetes mellitus: are older adults at higher risk? Results from the Translating Research Into Action for Diabetes Study. *J Am GeriatrSoc* 2014; 62:1017-1022
 36. Beckett N, Peters R, Tuomilehto J, ark. Immediate and late benefits of treating very elderly people with hypertension: results from active treatment extension to Hypertension in the Very Elderly randomized controlled trial. *BMJ* 2012; 344:7541.
 37. Lansdorp-Vogelaar I, Gulati R, Mariotto AB, ark. Personalizing age of cancer screening cessation based on comorbid conditions: model estimates of harms and benefits. *Ann Intern Med* 2014; 161:104.
 38. Yaman H, Akdeniz M, "Yaşlı Dostu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamaları: DSÖ, Yaşlı Dostu Birincil Bakım Enstrümanı", *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2008;17: 11-13.
 39. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services. *Ann Intern Med* 2002; 136: 765-76..

40. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2015;38: 1-94
41. Mursu J, Robien K, Harnack LJ, ark. Dietary supplements and mortality rate in older women: the Iowa Women's Health Study. Arch Intern Med 2011; 171:1625.
42. Fung CH, Spencer B, Eslami M, ark. Quality indicators for the screening and care of urinary incontinence in vulnerable elders. J Am GeriatrSoc 2007; 55: 443.