

YAŞLILIK VE KADIN

SENESCENCE AND WOMAN

Emel TAŞÇI Aynur SARUHAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı / İZMİR

Anahtar Sözcükler: yaşlı, kadın, sağlık

Key Words: elderly, woman, health

ÖZET

Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de önlenabilir ölümlerin azaltılması, sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve gelişen bu hizmetlere ulaşımın artması, beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi nedenlerden dolayı beklenen yaşam süresi artmakta ve nüfus giderek daha yaşlanmaktadır. Yaşlılık dönemi çeşitli fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara sahne olmaktadır.

Yaşlanan kadınlar için en önde gelen sağlık problemleri kardiyovasküler nedenlerdir. Bunu kanser ve serebrovasküler nedenler takip etmektedir. Her üç hastalık için de mortalite hızı 65 yaşından sonra giderek artmaktadır. Tek başına mortalite hızı kadın sağlığı ile ilgili durumu göstermemektedir. Gerek fiziksel gerekse sosyal yaşanan değişimler bu dönemde bazı ruhsal sıkıntıların yaşanmasına neden olabilir.

Erkekler ve kadınlar arasındaki psikolojik ve fizyolojik farklılıkların varlığı da göz önüne alındığında, yaşlanmanın kadın sağlığı açısından ayrı bir antite olarak ele alınması ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

SUMMARY

Due to the reasons such as decrease in preventable deaths, improvement in health services and increase in the access to these services, changes in nourishment and in life style, the life span prolongs and the population ages progressively in our country as well as in whole world. The period of senescence is subject to various types of physical, spiritual and social problems.

The foremost health problems for aging women are cardiovascular events, followed by cancer and cerebrovascular events. The rate of mortality for all three diseases increases gradually after 65 years of age. The mortality rate alone doesn't indicate the status related to woman health. Either physically or socially experienced alterations may result in experiencing certain spiritual difficulties during this period.

When the presence of psychological and physiological differences between men and women is considered, aging should be handled and evaluated as a separate entity in regards to the woman health.

GİRİŞ

Yaşlılığın biyoloji, sosyal ve ekonomik yönlerden tanımlamaları yapılırsa da, genel olarak 65 yaşın üzerindeki döneme yaşlılık dönemi denildiği bilinmektedir (Öztürk 2004).

Tarihte Yaşlılık

Eflatun (M.Ö.427-347), Poplitea adlı eserinde yaşlılık döneminin nasıl yaşanacağını büyük ölçüde gençlik ve erişkin çağdaki yaşam biçimi tarafından belirlendiğini vurgulamıştır.

Hipokrat (M.Ö.460-377), yaşlılığı 56 yaşında başlatmış ve yaşlılığın belirtilerini vurgulamıştır. Yaşlılıkla ilgili ilk ciddi araştırmalar **Japon araştırmacılar** tarafından 1920’de yapılmıştır (Öztürk 2004).

Yaşlılığı şu üç boyutta tanımlamak belki de en doğrusudur;

- Biyolojik yaşlılık*; gelişim süreci içinde vücut organları ve sistemlerindeki yapısal ve işlevsel değişimdir.
- Psikolojik yaşlılık*; kişinin gelişim süreci içinde deneyimlerinin artmasına bağlı olarak oluşan davranış değişiklikleri ve uyumsal davranış kapasitesidir.
- Sosyolojik yaşlılık*; tanımı ise, yaşam boyunca kişinin toplumsal rolleri ve statüsü, beklentileri ve normların değişmesi ile ilgilidir.

Araştırmacılar, konuya bilimsel açıdan yaklaşmak istediklerinde yaşlılığı farklı boyutlardan ele almak yerine uygulanabilir nitelikte bir “operasyonel” tanıma gereksinim duymuşlardır. Bu aşamada yaşlılığın başlangıç yaşı tartışmaya başlanmıştır. Bu konu insanın ortalama yaşam süresi ile doğrudan ilişkilidir. Örn; Amerika’da 1900’lu yıllarda beklenen yaşam süresi 47 iken bu 1990’lı yıllarda 74 yıla çıkmıştır (Uysal 1993).

“*Beklenen sağlıklı yaşam süresi*” terimi kişinin göreceli olarak iyi sağlıklı bir şekilde yaşamayı umabileceği yılların sayısını tanımlamak için geliştirilmiştir. Sağlıklı beklenen yaşam süresi mutlaka hastaliksız yaşam beklentisi olmayıp, bir yada daha fazla sayıda kronik durum sonucu normal fonksiyonlar sınırlandırılmaksızın beklenen yaşam süresini belirtmektedir. Şu anda 45’den fazla ülke sağlıklı beklenen yaşam süresini tahmin etmektedir. Bu çalışmalara dayanan genel sonuç; kadınlar genellikle erkeklere göre yaşamlarının daha fazlasını bazı fonksiyonel sınırlılıklarla geçirmektedirler. Bu gelişmekte olan ülkeler kadar gelişmiş ülkeler içinde geçerlidir (Uncu 2004).

Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de önlenebilir ölümlerin azaltılması, sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve gelişen bu hizmetlere ulaşımın artması, beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi nedenlerden dolayı beklenen yaşam süresi artmakta ve nüfus giderek daha yaşlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde nüfusun %15-20'sini yaşlılar oluşturmaktadır. Ülkemizde ise, 1950 yılında %3.3 olan 65 ve üzeri yaş nüfusu, yaklaşık 50 yıl sonra 1998'de %5.9'a ulaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tahminlere göre, 2025 ve 2050 yılları için gelişmiş ülkelerde nüfusun %30-40'ını yaşlıların oluşturacağı beklenmektedir (Öztürk 2004).

Doğuştaki beklenen yaşam süresi 2003 yılı için kadınlarda 71, erkeklerde 66.4'tür (Kadın ve Sağlık 2006).

Yirmi birinci yüzyılda herkes için sağlık 21 hedef kapsamında, yaşlıların yaşam beklentisinde ve 65 yaşında sakatlık olmadan yaşam beklentisinde en az %20 artış sağlanması gerektiği belirtilmektedir (21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık 21)

Beklenen yaşam süresinde kadın ve erkek arasında anlamlı farklılıklar vardır. Gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam kadınlarda erkeklerden 6-8 yıl daha uzundur. Beklenen yaşam süresi günümüzde en az 35 ülkede 80 yaşını aşmış durumdadır. Bununla birlikte kadınlar için beklenen yaşam süresi farkı gelişmişlik düzeylerinde olan ülkeler için belirgin olarak farklılık göstermektedir (en az gelişmiş ülkelerde 50, hızlı ekonomik gelişme gösteren ülkelerde 60-70 yaşlara kadar değişmektedir). Ancak sadece doğumda beklenen yaşam süresi geliştirmekte olan ülkelerdeki kadınların yaşam süresinde yanıltıcı olabilmektedir. Günümüzde 60 yaş üzerindeki kadınların yarısından fazlası geliştirmekte olan bölgelerde yaşamaktadır (198 milyona karşılık 135 milyon gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır); ve gelecekte geliştirmekte olan bölgelerde yaşayan yaşlı kadın yüzdesi dramatik bir şekilde artacaktır (45-49 yaş grubu kadınların 2/3'ü geliştirmekte olan ülkelerde 1/3'ü gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır). Geliştirmekte olan ülkelerdeki kadınların ömürleri orta yaşlara eriştiğinde beklenen yaşam süresi gelişmiş ülkelere yaklaşmaktadır. Geliştirmekte olan ülkelerdeki 65 yaşındaki kadınların beklenen yaşam süresi gelişmiş ülkelerdeki aynı yaşta kadınların 3/4'ü kadardır ve genç yaşlardaki mortalite azaldıkça gelecekte aradaki fark azalacaktır (Yardım 2001). Gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam kadınlarda erkeklerden 6-8 yıl daha uzundur. Örneğin; beklenen yaşam süresi bir Japon kadın için 82.5 yıl, İskoç kadın için 87.8 yıldır. Bu gerçekler kadınların sağlıklı olduğu gibi bir algılamaya neden olabilmektedir (Yardım 2001).

Yaşlanma, her canlıda görülen ve tüm fonksiyonlarda azalmaya neden olan kaçınılmaz bir süreçtir. Ancak, bu süreçle birlikte yaşlılık dönemi çeşitli fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara sahne olmaktadır.

Yaşlıların sayısındaki artışla beraber, sıklığı yaşla birlikte artan hipertansiyon, diabetes mellitüs, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık ve osteoporoz gibi pek çok kronik hastalığa da daha sık rastlanmaktadır. Öte yandan, fonksiyonlardaki azalma ve kronik hastalıklar, yaşlı kişilerin toplum içindeki aktifliğinde kısıtlılığa, başkalarına bağımlı duruma geçmelerine ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır. Bu durumda, yaşlılar bir taraftan sağlık sorunları ile uğraşırken, diğer taraftan da sosyal sorunların üstesinden gelmeye çalışmaktadırlar (Öztürk 2004).

Ülkemizde; Bazı Kentlerde Yapılan Çalışmalara Göre Yaşlılarda En Sık Saptanan Hastalıkların Dağılımı

Hastalık Adı	Kayseri	Ankara	Trabzon	Samsun	Ortalama
Hipertansiyon	42.7	56.1	35.7	48.6	46.0
Kas ve İskelet Sis.Hastalıkları	38.6	44.4	21.2	27.0	33.0
Kalp Hastalıkları	23.3	36.6	19.3	28.5	27.0
Diyabet	16.0	22.4	13.6	20.8	18.0
KOAH	17.1	12.7	7.9	9.4	12.0
Osteoporoz	13.3	21.5	-	26.8	21.0

Kaynak:<http://tip.erciyes.edu.tr/dersnotlari/Yusuf%20%C3%96zt%20%C3%BCrk/Yaşlılık%20Dönemi%20Sorunları-11.doc> 17.1.2004'den alındı.

Günümüz yaşlı kadın nüfusunun giderek artması, jinekoloji kliniklerine bu yaş grubundaki kadınların daha çok başvurmasına neden olmaktadır (Gürkan, Tuncer 2000).

Toplumsal cinsiyet analizlerine sağlık açısından yaşlanan kadının sağlığını etkileyen en önemli faktörün, sağlığa ulaşmadaki sınırlamalar ve bu sınırlamalar ile baş edebilme yollarının yetersizliği olduğu görülmektedir. Ayrıca diğer önemli parametreler ise, kadınların sağlık riskleri taşımaları ve gereksinimlerine sağlık hizmetlerinin verdiği cevap olarak ortaya çıkmaktadır. Bu süreçler içinde kadınların biyolojik özellikleri, sosyo-ekonomik sınıfları, etnik yapıları ve yaşları da göz önüne alınması gereken diğer faktörlerdir.

Bilindiği gibi kadınların beklenen yaşam süresi erkeklerden daha uzundur. Ayrıca kadınlar bazı tıbbi durum yada hastalıklara erkeklere oranla daha fazla yatkınlık göstermekte ve yaşamları boyunca bu nedenlerden dolayı sağlık merkezlerine daha sık başvurumaktadırlar. Erkekler ve kadınlar arasındaki fizyolojik ve psikolojik farklılıklar göze alındığında yaşlanmanın kadın sağlığı açısından ayrı bir antite olarak ele alınması gerekmektedir (Kutsal 2005).

Bu makalenin amacı, yaşlılıkta kadınların karşılaştıkları sağlık problemlerinin, yaşlanmanın kadın sağlığı üzerindeki etkisinin ve yaşlı kadın sağlığı üzerinde hemşirenin sorumluluklarının belirtilmesidir.

Her yıl daha fazla kadın akut medikal problemler nedeniyle (solunum sistemi problemleri, sindirim sistemi problemleri gibi) doktora başvurmaktadır. Ayrıca kadınlarda bir çok kronik problem (artrit, tiroid hastalıkları, migren, mesane problemleri, gastrit, kolit, kronik konstipasyon gibi) daha fazla görülmektedir. Gerek fiziksel gerekse sosyal yaşanan değişimler bu dönemde bazı ruhsal sıkıntıların yaşanmasına neden olabilir (Uncu 2004). Bunlar arasında en sık;

Uyku Bozuklukları: Uyku paterni yaşın ilerlemesi ile birlikte değişmektedir. Ancak bununla ilgili görüş birliği yoktur. Bazı çalışmalarda yaşlanmayla birlikte uykunun azaldığı gösterilse de, buna karşı olan çalışmalarda uyku süresinin değişmediği, tam tersine arttığı ancak gündüz şekerlemelerinin ve uyku düzenindeki değişmelerin gece uykusunda azalmanın yerini aldığını iddia edilmektedir (Uncu 2004).

Demans (Bunama):Yaşın ilerlemesi ile birlikte yeni bilgilerin hatırlanmasında azalma görülmektedir, ancak diğer bilişsel fonksiyonlar genellikle bozulmamaktadır. Bu bozukluk, 65 yaşın üstündeki insanların %15'inde görülmekte olup, 80 yaşından sonra %50 oranında görülmektedir. Demans tanısının konması için kısa dönem hafıza bozukluğunun (yeni bilgilerin öğrenilmesinde bozukluk) veya uzun dönem hafıza bozukluğunun (geçmişe ait bilgilerin hatırlanmasında bozukluk) gösterilmesi gerekir (Uncu 2004).

En yaygın hormon tedavilerinin, 65 yaşın üzerindeki kadınlarda bunama ve beyin kanaması riskini artırdığı bildirilmiştir. ABD'de yayımlanan yeni araştırmalara göre, hormon tedavileri, bunama riskini iki kat, beyin kanaması riskini de üçte bir oranında artırmaktadır. Östrojen ve projesteron tedavisi araştırmasına katılan 4532 kadından 31'inde bunama görülmüş, bunların % 66'sı hormon alan grupta, % 34'ü ise plasebo verilen grupta ortaya çıkmıştır (Hormon Tedavisi 2005).

Alzheimer hastalığı genellikle 60 yaşından sonra ortaya çıkan bir hastalıktır. Yaklaşık olarak 65 yaşın üzerinde her 10 kişiden birinde; 85 yaşın üzerindeki ise her iki kişiden birinde görülmektedir (www.nlm.nih.gov/medlineplus/alzheimersdisease.html.50k). Alzheimer hastalığının prevalansı yaş ile birlikte, büyük oranda 85 yaş ve üzeri gruplarda artmaktadır. Bu hastalığın 2050 yıllarında % 4-10 civarında insanı etkileyeceği ve bunların % 20'sinin 85 yaş ve üzerinde olacağı düşünülmektedir (Woods 2001). Tüm dünyada 20 milyona yakın Alzheimer hastası bulunduğu tahmin edilmektedir (Uncu 2004). Kadınların, finanssal kaynaklarının erkeklerden daha sınırlı olması, sosyal dezavantajlar ve kadınların dul olması, yalnız yaşaması gibi faktörler hastalığa yakalanmada risk faktörleridir (Woods 2001).

Depresyon:Yaşlılık döneminde rastlanılan en sık duygu durum bozukluğu depresyondur. Çeşitli yayınlarda 65 yaş üstü yaşlılarda

maajör depresyon sıklığı %1-3 arasında bildirilirken, distimi %2, klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon belirtileri ise %8-15 civarında bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise 65 yaş üstü populas-yonda maajör depresyon yaygınlığı %6 ve depresif belirtiler ise %11 olarak bildirilmiştir (Kaya 1999, Uncu 2004). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, alanda %29, kurumda yaşayanlarda %41 gibi yüksek bir oranda depresyon saptanmıştır (Kaya 1999).

ABD'de yürütölen Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) adlı epidemiyolojik çalışmada yaşlılarda ortalama depresyon yaygınlığının %1 olduğu, ve bu sayının genel populas-yona oranla daha düşük olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışmada yaşlı kadınlarda depresyon yaygınlığı %1.4 olarak bulunmuşken, erkeklerde bu sayı %0.4 civarındadır (NIH 1992).

Kadın olmak, düşük sosyoekonomik statüde bulunmak, dul olmak, yalnız yaşıyor olmak, sosyal destek azlığı, bilişsel bozukluk yada kronik fiziksel hastalığa sahip olmak, günlük yaşam aktivitelerinde kendi kendine yetemiyor olmak depresyon için risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Uncu 2004).

Kanser: Günümüz dünyasında giderek artan yaşlı kadın nüfusu, jinekoloji kliniklerine bu yaş grubundaki kadınların daha çok başvurmasına neden olmaktadır (Tuncer 2000). Yaşın ilerlemesi kanser gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Kanser 50 yaşına kadar kadınlarda daha fazla görüldüğü halde, bu yaştan sonra erkeklerde giderek artmakta ve 85 yaşına ulaşıldığında erkeklerde kanser mortalite hızı kadınların 2 katına ulaşmaktadır (Uncu 2004). Jinekolojik problemlerin hemen hepsi bu yaş grubunda görülebilmesine rağmen özellikle jinekolojik kanserler, vulvar distrofiler ve ürogenital atrofi önde gelen morbidite nedenleri olarak öne çıkmaktadır. Jinekolojik kanserler tüm kadın kanserlerinin yaklaşık olarak 1/5'ini oluştururlar. Jinekolojik kanserler içerisinde en sık göröleni endometrium kanseridir (Tuncer 2000). Olguların % 75-80'i postmenopozal dönemde olup en çok 60'lı ve 70'li yaşlarda görölür (Tabata 2002). Daha az sıklıkla serviks uteri kanseri ve over kanseri görölür. Kadın populas-yonunda hayat boyu endometrium kanseri geliştirme riski %2 civarındadır. Genellikle postmenopozal yaşlı kadınların bir hastalığıdır. Etkin bir tarama yöntemi mevcut değildir. Ancak erken olarak ortaya çıkan vaginal kanama şikayeti olguların önemli bir kısmının erken evrede yakalanmasını sağlar (Tuncer 2000).

Meme kanseri sıklığı ve mortalite hızı yaşla birlikte artmaktadır. Batı ülkelerinde menapozla birlikte meme kanseri sıklığında artış devam etmektedir. Altmış beş yaş üzeri kadınlarda görölme sıklığı 322/100.000 iken, 65 yaşından genç kadınlarda 60/100.000'dir . Bu oran 85 yaş üzeri kadınlarda 375/100.000'e kadar çıkmaktadır. Bu bilgilerin

aksine Asya ülkelerinde menapozla birlikte meme kanseri sıklığı azalmaktadır (Yorgancı, Kaynaroğlu 1999).

Birçok tip kanserde özellikle meme ve serviks kanserlerinde erken tanı önlemede temel stratejidir. Meme kanserinde erken tanı eğitilmiş sağlık çalışanlarınca memenin fizik muayenesi, kendi kendine muayene ve mamografiyi içermektedir. Genel tarama programı olarak mamografi, gelişmekte olan ülkelerin olanaklarının ötesindedir ve kendi kendine meme muayenesi stratejilerinin uygulanmasına acil gereklilik vardır (Yardım 2001).

Sistemik Hastalıklar: Kadınlarda 65 yaşını geçtikçe diyabet, artrit, sindirim sistemi problemleri ve tiroid hastalıkları da erkeklerde görüldüğünden daha fazla görülmektedir. Kadının uzun yaşama süreci devam ettikçe özellikle yaşlılara özgü problemler ile daha çok karşı karşıya kalmaktadırlar (Uncu 2004). Yaşlılıkta kalp rahatsızlığı, kanser, kemik erimesi, romatizmal hastalıklar gibi yaşam kalitesini etkileyen sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Kadınların çoğu karşılaştıkları sağlık risklerinden, dolayısıyla, bu risklerin kontrolünden haberdar değildir (Yardım 2001).

Kardiyovasküler Hastalıklar: Kardiyovasküler nedenler yaşlanan kadınlar için en önde gelen sağlık problemleridir ve bunu kanser ve serebrovasküler nedenler takip etmektedir. Her üç hastalık için de mortalite hızı 65 yaşından sonra giderek artmaktadır ve erkeklerdeki mortalite hızına benzer olmaktadır. Kadın yaşamında menopozun başlaması ile birlikte koroner damar hastalıkları için risk ortaya çıkmaktadır. Kardiyovasküler nedenlerle ölüm riski tüm kanserlere bağlı ölüm riskinden daha fazladır (Noble 2001). Türkiye’de her 1000 erkekte 39’unun ve 1000 kadından 33’ünün koroner kalp hastası olduğu belirtilmektedir. Kronik pulmoner hastalıklar ve pnömoni bu yaşlarda azalan immünite fonksiyonları ve buna bağlı gelişen enfeksiyonlar nedeniyle önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Uncu 2004).

Cinsel Sorunlar: Çoğu insan 50-60 yaşından sonra cinsel yaşamın sona ermesini yaşlılığın doğal bir sonucu olarak kabul etmektedir. Yaşlı bireyler cinsel sorunlarını açığa çıkarıp çare aramaktan çekinmekte ve kendi durumları ile barışık olmaya çabalamaktadırlar. Kadın ve erkeklerde de yaş ilerledikçe genel sağlık düzeyi ile birlikte cinsel performansta gerileme olmaktadır (Kavlak, Şirin 2004). Özellikle kadınlarda menopozdan sonra üreme sisteminde ortaya çıkan atrofik değişiklikler kadının bedenine olan güvenini sarsmaktadır. Cinsiyet hormonları kadın cinselliğinde önemli bir belirleyicidir. Cinsel fonksiyonların fizyolojik ölçümünde, genital kan akımı, vajinal pH ve lubrikasyon, arteriyel oksijenasyon, vajinal atrofi gibi değişiklikler değerlendirilir. Bununla birlikte, psikososyal ve yaş faktörleri, partnerin varlığı, evlilik

ilişkileri, mental sağlık, daha önce seksüel hoşnutluluk, ve erkeğin problemleri postmenopozal yaşlı kadınların seksüel disfonksiyon durumlarını etkilemektedir (Modelska et al. 2004).

Jinekolojik Sorunlar: Yaşlı kadınlarda en sık görülen jinekolojik sorunlar arasında: vulvanın enfeksiyon ve tümörleri, vaginitis ve dispanooya, çeşitli derecelerde utero-vaginal prolapsus ve genital kanalın herhangi bir yerindeki selim ve malign oluşumlar yer almaktadır (Kavlak, Şirin 2004). Genital organlardaki yaşlılığa bağlı, yaşlı kadınlarda en sık görülen jinekolojik sorunlar utero-vaginal prolapsus ve bu sorunlara bağlı olarak görülebilen inkontinanstır. İdrar kaçırma ve osteoporoz kadının bağımsızlığını daha çok risk altına almaktadır (Çoban, Şirin 2003).

İdrar kaçırma problemleri aynı yaş grubundaki erkeklere göre kadınlarda 2 kez daha fazla görülmektedir (Uncu 2004). ABD'de inkontinansın yılda 10 milyar dolar maliyeti olduğu bildirilmiştir. ABD'de yaşayan yaşlıların %15-30'unda, bakımevinde yaşayanların ise %50'sinden fazlasında üriner inkontinans vardır. Üriner inkontinans genel olarak geriatrik bir problem olarak görülmesine rağmen 20 yaş üstündeki kadınlarda değişen derecedeki prevalans %53 olarak bildirilmiştir. Arıkan ve arkadaşlarının (2003), yaptıkları çalışmada üriner inkontinans olanlardan 14 kişi (%56) inkontinansın günlük yaşam aktivitelerini önemsiz derecede, 8'i (%32) hafif derecede, 3'ü (%12) de önemli derecede etkilediğini bildirmiştir (Arıkan ve ark. 2003).

Yine osteoporoz vertebral kırıklara sekonder ağrı ve deformiteye, düşmeler sonucu kalça kırıklarına neden olmaktadır. Kalça kırığı olan kadınların yarısının bir daha asla bağımsız yürüyemedikleri, 1/3'ünün bir daha asla yalnız yaşayamadığını ve 1/5'inin ise kırıktan sonraki bir yıl içinde öldükleri belirtilmektedir (Uncu 2004).

Sağlıklı yaşlı kadınlarda % 71 oranında osteoporoz mevcuttur ve kemik kırılmaları çenelerde de görülmektedir (Canay, Çiftçi 2003).

YAŞLILIKTA KADIN SAĞLIĞINA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Eğitim: Sağlığın diğer bir belirleyicisi eğitimidir; gelişmekte olan ülkelerde ileri yaştaki kadınlar arasında eğitim düzeyi ve okuma yazma düşüktür. Yaşlı kadınlar arasında okuma yazmanın artması kendileri ve aileleri için sağlık yararları getirecektir (Uncu 2004). Gelişmekte olan ülkelerdeki ileri yaştaki kadınlar arasında eğitim düzeyi ve okuma yazma oranı düşüktür. Yaşlı kadınlar arasında okuma yazma bilme oranının artması ile daha iyi yaşam koşulları beklentisi de artacak, bu durum kendileri ve aileleri için sağlık açısından yarar getirecektir (Kavlak,Şirin 2004).

Yoksulluk: Yaşlı kadınların yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını etkileyen güçlü ekonomik, sosyal, politik ve kültürel belirleyiciler vardır. Örneğin, ileri yaşlardaki yoksulluk genellikle daha erken yaşamdaki zayıf ekonomik durumu yansıtır ve yaşamın tüm basamaklarında sağlığın belirleyicisidir. Pek çoğu gelişmiş ülkelerdeki yaş ve cinsiyete göre yoksulluk verileri, yaşlı kadınların yaşlı erkeklerden daha yoksul olduğunu göstermektedir. Ancak pek çok gelişmekte olan ülkede genellikle yaş ve cinsiyete göre yoksulluğa ait veriler güvenilir değildir (Kavlak, Şirin 2004, Uncu 2004).

Yoksulluk aynı zamanda yetersiz beslenme ve yiyeceğe ulaşma ile bağlantılıdır ve yaşlı kadın sağlığı genellikle geçmişte kötü beslenmenin birikmiş (kümülatif) etkisini yansıtmaktadır. Örneğin kadınların genellikle geçirdiği yıllarda, ailesine kendi beslenmesini feda etmesi sonucu yaşlı kadınlarda kronik anemi yaygındır (Uncu 2004).

İş Göremezliklik: Daha uzun yaşam mutlaka daha sağlıklı yaşam değildir yaşla birlikte iş göremezlik olasılığı artmaktadır, ulusal araştırmalar yaşlı toplumlarda iş göremez kadınların sayısının arttığını ortaya koymaktadır. Birkaç gelişmiş ülkede son zamanlardaki veriler yaşlı popülasyon arasındaki iş göremezlik hızının düşmekte olduğunu ortaya koymaktadır. Diğer yandan mevcut veriler dünyadaki yaşlı kadınlar arasındaki iş göremezlik durumunun gerçek boyutunu değerlendirmek için henüz yetersizdir (Uncu 2004).

İş göremezliğin tipleri arasında hareket yetersizliği özellikle yürüme güclüğü; günümüzde yaşam kalitesinin ve yaşlı kadın sağlığının en önemli konularından birisi olarak kabul edilmektedir. Yavaş yürüme hızı, bağımsız hareket edebilmenin kaybına neden kırıklarla sonuçlanan düşme ve diğer kazalar için bir risk faktörüdür. Gelişmekte olan ülkelerde yürüme yeteneğinin (walking disability) kaybı, daha büyük ve kötü sonuçlanan riskler ile ilişkili olabilmektedir (Kavlak, Şirin 2004, Uncu 2004).

Güç; günlük yaşam aktivitelerinin geniş çapta sürdürülmesi, harekette sürekliliği sağlamak için ve pozisyon değiştirmek için gereklidir. Kişilerin kendi güçlerini algılamaları ve yürüme yardımı günlük yaşam aktiviteleri gibi belli işleri yapmalarındaki performanslarında oldukça etkilidir (Bergland et al. 2002).

Yaşlı kadınlar erkeklerden daha fazla fonksiyonel sınırlılıklardan muzdarip iken genellikle kadınlar zayıftır demek doğru değildir. Yaşlı kadın ve erkeklerin büyük çoğunluğu özellikle "genç-yaşlılıkları" süresince genellikle iyi sağlık içerisindedirler. Gelişmiş ülkelerdeki son çalışmalar kadın ve erkek için 60-64 yaşlarında iş göremezlik prevalansını %5'den az, 70-74 yaşlarındaki kişiler için %10'dan az ve 85 ve üzeri yaşlar arasında %20'den daha fazladır. Gelişmiş ülkelerde 80 yaş altında evde bakım hızı genellikle çok düşüktür. Ancak 80 yaşı geçen

kadın sayısı gittikçe artmaktadır ve uzayan yaşam kalitesi hakkında kaygılar vardır.

Yaşlı kadın sağlığında cinsiyete duyarlı yaşam boyu yaklaşımı önemlidir. Çünkü morbidite ve mortalitenin belli başlı önlenbilir nedenleri tüm yaşam boyunca etkili olmaktadır. Önlem stratejileri mümkün olan en erken dönemde başladığında etkili olacaktır. Örneğin, egzersiz ve fizik aktivitenin sağlık yararları iyi bilinmektedir ve egzersiz tüm yaş guruplarında teşvik edilmelidir. Kadın ve kızların egzersiz yapmalarındaki engeller ortadan kaldırılmalıdır ve uygun kültürel stratejiler konmalıdır. Bu yaklaşım, yaşlılıktaki fonksiyonel bağımlılığın önlenmesine ve yaşlı kadınların günlük yaşamlarını idame edebilecek düzeyde hareketlerini sürdürmesine yardımcı olacaktır.

Yaşlı kadınlarda, belli başlı ölüm ve iş göremezlik nedenlerinden olan kalp hastalıkları ve felçler diğer önlenbilir hastalık örnekleridir ki tüm yetişkin kadın ölümlerinin %10'unu açıklamaktadır (Noble 2001).

Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları

Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınların ciddi sağlık sorunları yaşadıklarını ve gerekli tıbbi yardıma ulaşamadıklarını göstermiştir. Yapılan bir çalışmada yaşlı kadınlar arasındaki sağlık eşitsizliği nedeniyle, yaşlı kadınların daha zor hastaneye gittikleri belirlenmiştir. Yoksul ve eğitim düzeyi düşük yaşlı kadınlar, sağlık hizmetlerinden 3 kat daha az yararlanabilmektedir (Kavlak 2004).

Güvenli içme suyu yetersizliği cinsiyete göre düzenlenmiş ev işleri (su taşıma dahil), çevresel tehlikeler (kirli sularla temas, tarım ilaçları, iç ortam kirliliği gibi) pek çok gelişmekte olan ülkede kadın sağlığı üzerine olumsuz kümülatif etkiye sahiptir. Tüm bu hastalıklara sosyal ve psikolojik değişikliklerde eklenmektedir. Eşinin ölmesi ile sosyal izolasyon artmakta, finanssal ve fiziksel yaşam şartlarında yetersizlikler eklenmektedir (Uncu 2004).

Sonuç olarak, erkekler ve kadınlar arasındaki psikolojik ve fizyolojik farklılıkların varlığı da göz önüne alındığında, yaşlanmanın kadın sağlığı üzerindeki etkilerinin ayrı olarak ele alınması ve değerlendirilmesi gerekmektedir (Kutsal 2004).

Gelecekteki sağlık ve gelişme konuları, içerisinde kadın yaşlanması ve sağlığının şu üç temel saptama belirlemektedir:

- Tüm dünyada yaşlı kadın sayısı artmaktadır
- Kadınların yaşam süresi tüm dünyada 50 yaşın üzerindedir ve artmaktadır
- Yaşlı kadınların sağlığını geliştirmek anlamlı bir fırsattır. Böylece toplum ve aileleri için kaynak olarak kalmaları sağlanabilir (Yardım 2001).

HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşireler bütüncül bir yaklaşımla, yaşlı kadınların yaşamını mutlu olarak geçirebilmesi için, sağlığın korunmasında, hastalıkların erken tanı ve tedavisinde, rehabilitasyon ve sağlık eğitimi verilmesinde önemli görevler üstlenmiştir. Hemşire anlayışlı, bilgili destekleyici ve duyarlı bir tutumla yaşlı insanlara yaklaşarak onlarla sağlık sorunlarını tartışmalı ve rehberlik etmelidir. Yaşlı kadının bakımını planlayan hemşirenin amacı hastayı rahatlatmak, iyileşmesini sağlamak ve sağlık düzeyini yükseltmek olmalıdır (Taşkın 2003).

Sağlık ekibi içinde yer alan hemşirelerin birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yaşlıların sağlığına yönelik korunma, erken tanı ve üçüncül korunmada, bunun yanı sıra özel ve kamu kuruluşlarındaki huzurevlerinde, evde bakım hizmetlerinde ve hastanelerde büyük sorumlulukları vardır (Kavlak 2004).

Güven'in yaptığı bir çalışmada; yaşlıların %6.5'i yardımsız banyo yapamadığı, %2.8'inin tek başına giyinip soyunamadığı, %1.4'ünün tuvalet ihtiyacını karşılayamadığı, %1,7'sinin oturamadığı, %8.5'inin idrar ve dışkısını kaçırdığı, %0.3'ünün tek başına yemek yiyemediği, %1.0'inin telefon kullanamadığı, %35.9'unun alış-veriş yapamadığı, %44'ünün yemeğini hazırlayamadığı, %20.3'ünün ev işlerine katılmadığı, %25.4'ünün çamaşırlarını yıkayamadığı %25.4'ü ilaçlarını doğru dozda ve zamanında alamadığı ve %12.4'ünün para hesabı yapamadığı belirlenmiştir (Güven, Karahan 2002).

Günümüzde verilen bakımın kalitesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi giderek yaygınlaşmaktadır. Bu bağlamda "geriatri hemşireliği" alanında da daha kapsamlı çalışmalar yapılmalı ve bakım kalitesi için gerekli olan yaşlı bireye yönelik tanılama kriterleri ve bakım standartları belirlenmelidir (Kavlak, Şirin 2004).

KAYNAKLAR

1. Arkan E ve ark (2003). Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Kadında Üriner Enkontinans, Geriatri 6: 3,104-108.
2. Bergland A, Jarnlo G B, Laake K (2002). Validity of an Index of Self-Reported Walking for Balance and Falls in Elderly Women Advances in Physiotherapy; 4, 65-73.
3. Canay Ş, Çiftçi Y (2003). Yaşlı Bireylerde Sistemik Hastalıklarla Birlikte İzlenen Ağız Bulguları Geriatri 6: 3, 104-108.
4. Çoban A, Şirin A (2003). Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yaklaşımı, Geriatri 6: 2, 80-83.
5. Gürkan T, Tuncer S: Yaşlanan Kadın Ve Jinekolojik Sorunlar. Geriatri 2000; 3: 107-18.

6. Güven S, Karahan A (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım, Geriatri 5: 4, 155-159.
7.Hormon Tedavisi, http://www.netteyim.net/Haberler/haber.php?news_id=6314&news_type_no=6. 21 Şubat 2005
8.Kadın ve Sağlık <http://www.kssgm.gov.tr/saglik.html> 29 Nisan 2006
9. Kavlak O, Şirin A (2004). Yaşlılıkta Kadın Sağlığına Etki Eden Faktörler ve Hemşirelik, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11: 1, 66-73.
10. Kaya B (1999). Yaşlılık ve Depresyon-I Tanı ve Değerlendirme, Geriatri 2: 2, 76-82.
11. Kutsal G Y, Bal S, Yaşlılık ve Kadın Sağlığı, <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/yaslilik.htm> 24.12.2004
12. Kutsal G.Y. Yaşlanan Kadının Sağlık Sorunları, http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/ilgiliyayinlar/pdf/Yaslanma_Kitabi.pdf. 24.12.2005
13. Modelska K, Litwack, S, Ewing S K Yaffe K (2004). Endogenous Estrogen Levels Affect Sexual Function in Elderly Post-Menopausal Women, Maturitas ,49: 2,124-133.
14. NIH Consensus Conference (1992). Diagnosis and Treatment of Depression in Later Life. JAMA, 268: 1018-1024.
15. Noble J, Geriatric Patients (Eds. Levine SA, Barry PP). Primary Care Medicine. Third Edition. Mosby Inc, Missouri.2001, 71-88.
16. Öztürk Y. Yaşlılık Dönemi Sağlık Sorunları, <http://tip.erciyes.edu.tr/dersnotlari/Yusuf%20%C3%96zt%C3%BCrk/Yaşlılık%20Dönemi%20Sorunları-11.doc> 17.1.2004
17. Tabata T et al (2002). Treatment Failure in Vaginal Cancer, Gynecol Oncol, 84: 309-314.
18. Taşkın L (2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 31-33.
19. Tuncer. Gürkan T (2000). Yaşlanan Kadın ve Jinekolojik Sorunlar, Geriatri 3: 3, 107-118.
20. Uncu Y, Yaşlılık ve Kadın, <http://www20.uludag.edu.tr-nazan2077-9.html.htm> 15.09.2004
21. Uysal Ş (1993). Yaşlılık Ve Sorunları, Psikoloji Seminer, Ege Üniversitesi Basımevi, Sayı: 10.
22. Woods N F (2001). Every Woman's Health in The New Millennium, The Pfizer Journal, 5: 1.
23. www.nlm.nih.gov/medlineplus/alzheimersdisease.html. 50k-.19 Kas 2003.
24. Yardım N (2001). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Kadın Sağlığının Çeşitli Konularındaki Görüş ve Mesajları. Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı, Ocak-Şubat 6: 1,78.
25. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık 21 Hedef, http://195.142.135.65/Who/Doc_Pdf/Health21_Tr.Pdf
26. Yorgancı K, Kaynaroğlu V, (1999). Yaşlılarda Meme Kanseri Tanı ve Tedavisi, Geriatri, 2: 2, 61-66.