

Güldal Funda NAKİPOĞLU
Özge TEZEN
Neşe ÖZGİRGİN



ARAŞTIRMA-RESEARCH

**FİZİK TEDAVİ VE
REHABİLİTASYON
PROGRAMINA ALDIĞIMIZ
GERİATRİK HASTALARIN
ÖZELLİKLERİ VE
FONKSİYONEL DURUMLARI**

CHARACTERISTICS AND
FUNCTIONAL LEVELS OF GERIATRIC
PATIENTS ON PHYSICAL MEDICINE AND
REHABILITATION PROGRAMME

ÖZ

Çalışmadaki amacımız, fizik tedavi ve rehabilitasyon programına aldığımız geriatrik hastaların özellikleri ve bu program sonrasında geldikleri fonksiyonel durumları araştırmaktır. Çalışmaya yatarak FTR programına aldığımız 226 geriatrik hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 71.89±5.85(65-92)yıl, 133(%58.85)'ü kadın, 93(%41.15)'ü erkekti. Ortalama FTR süresi 32,52±16,66(7-89) gündü. Vakaların çoğunu serebrovasküler olay (SVO)'a sekonder hemiplejik hastalar(%68.6- 155 hasta) oluşturuyordu. Bu oranı % 13.2(29 hasta) ile osteoartroz, % 3.1(8 hasta) ile omurlilik yaralanması, %2.7(6 hasta) ile disk herniasyonu, % 2.6(6 hasta) ile nöropati, %1.4(3 hasta) ile artroplasti, daha düşük oranlarda kafa travması, spinal stenoz, omuz periartriti, seronegatif spondiloartropati, menenjiom, spinoserebellar sendrom, myopati, myelit, skoliyoz, gut, paget hastalığı, kırık sekeli takip etmekteydi. FTR programı sonrasında yattıklarında ambule olmayan hastaların % 70'inin ambulasyonu sağlandı. Günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımlı olanlar bağımsız ya da kısmi bağımlı halde taburcu edildi.

Anahtar sözcükler: Serebrovasküler olay, Hemipleji, Geriatrik rehabilitasyon, Yaşlanma

ABSTRACT

Our aim in the present study was to investigate the properties of geriatric patients who admitted Physical Medicine and Rehabilitation (PMR) programme and functional status after this program. Two hundred twenty six geriatric patients who applied inpatient PMR programme were admitted to study. Mean age of patients was 71.89±5.85 (65-92)year, mean PMR duration was 32.52±16.66 (7-89)day. 58.85 % of patients was female and 41.15% of patients was male. The geriatric patients diagnosis was hemiplegia, osteoarthritis, spinal cord injury, hernied nucleus pulposus, neuropathy, arthroplasty, traumatic brain injury, adhesive capsulitis, seronegative spondyloarthropathy, meningioma, spinocerebellar syndrome, myopathy, myelitis, scoliosis, gut disease, paget disease and fracture. Ambulation was gained 70% of the nonambulant patients at the end of the PMR program. Those complete dependent in daily living activities were discharged independent or partial dependent situation.

Key words: Cerebrovascular accident, Hemiplegia, Geriatric rehabilitation, Ageing

Geliş: 14/03/2005

Kabul: 28/03/2005

Dr. Güldal Funda NAKİPOĞLU, Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği
Dr. Özge TEZEN, Kastamonu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi
Doç. Dr. Neşe ÖZGİRGİN, Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

İletişim: Dr. Güldal Funda NAKİPOĞLU, Sokullu Mehmet Paşa Mahallesi Bükülmez Sokak 7/11 Dikmen, Ankara
TF: 0312 23103230/419 **Fax:** 0312 3104242 **e-mail:** guldalfunda@hotmail.com



GİRİŞ

Yaşlılık dönemi rehabilitasyon hekimliği, hayatta kalma süresinin ve olasılığının günümüzde pek çok hastalığa rağmen uzamış olmasından ve yaşa bağlı olarak gelişen pek çok sağlık sorununun rehabilitasyon gerektirmesinden dolayı çok önemlidir (1). Tüm dünyada 2025 yılında toplam nüfusun % 10'unu yaşlıların oluşturacağı öngörülmektedir. Yaşlılarda potansiyel şu dört hastalık; kalp hastalığı, maligniteler, serebrovasküler olay (SVO) ve pnömoni/influenza en sık ölüm nedeni olmaktadır. Diğer taraftan yine SVO, artrit, işitme kaybı, hipertansiyon ve kalp hastalığı ise disabiliteye neden olmaktadır (2). Bu hastalıklardan yaşlılarda 3. ölüm nedeni olan SVO sonrası gelişen hemipleji ciddi mental ve fiziksel disabiliteye yol açabilir (3,4).

Çalışmadaki amacımız, fizik tedavi ve rehabilitasyon programına aldığımız geriatrik hastaların özellikleri ve bu program sonrasında geldikleri fonksiyonel durumları araştırmaktır.

YÖNTEM ve GEREÇ

Çalışmaya Ocak 2001-Ocak 2004 tarihleri arasında yatarak FTR programına aldığımız 226 geriatrik hasta alındı. Olguların demografik özellikleri, yatış süreleri, tanıları ve FTR programı sonrasında geldikleri fonksiyonel durumları kaydedildi.

Hastaların verileri bilgisayarda SPSS 10.0 versiyon istatistik programına aktararak tanımlayıcı analizle istatistiksel değerlendirmeler yapıldı.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 71.89±5.85 (65-92) yıl, 133 (%58.85)'ü kadın, 93 (%41.15)'ü erkekti. Ortalama FTR süresi 32,52±16,66 (7-89) gündü.

Vakaların çoğunu serebrovasküler olay (SVO)'a sekonder hemiplejik hastalar (153 hasta-% 67.7) oluşturuyordu. Bu oranı 29 hasta (% 13.2) ile osteoarroz, 8 hasta (% 3.1) ile omurilik yaralanması, 6 hasta (% 2.7) ile disk herniasyonu, 6 hasta (% 2.6) ile nöropati, 3 hasta (% 1.4) ile artroplasti, daha düşük oranlarda kafa travması, spinal stenoz, omuz periartriti, seronegatif spondiloartropati, menenjiom, spinoserebellar sendrom, myopati, myelit, skolyoz, gut, paget hastalığı, kırık sekeli takip etmekteydi (Tablo 1).

SVO'ya bağlı gelişen hemiplejik hastaların (153 hasta-%67.7), 78 (%34.5)'i sağ hemipleji, 72 (% 31.9)'si sol hemipleji ve 3 (% 1.3)'ü bilateral hemipleji idi.

Osteoartrit tanısı konulan 29 hastanın, 9 (% 4.4)'u generalize osteoartrit, 5 (% 2.2)'i servikal spondiloartroz, 4 (% 1.8)'ü lomber spondiloartroz, 1 (% 0.4)'i kalça, 10 (% 4.4)'ü diz osteoartriti idi.

8 hastamızda medulla spinalis yaralanması vardı. Bu hastaların 6 (% 2.2)'i parapleji, 2 (% 0.9)'si tetrapleji idi.

Tüm hastalar FTR programına alındılar. FTR programı sonrasında yattıklarında ambule olmayan hastaların (150 hasta) % 70'inin ambulasyonu sağlandı. Bunların 52 (% 31)'si cihaz ve destekle, 47 (% 35)'si sadece destekle, 6 (% 4)'sı bağımsız desteksiz ambule edildiler. Hastaların 18 (% 12)'i tekerlekli iskemle düzeyine getirildi. Günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımlı

lı olanlar (20 hasta-% 8.9) bağımsız ya da kısmi bağımlı halde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Yaşlanma organizmanın giderek biyolojik verimliliğini yitirmesi, çevresel uyum kapasitesinde ve direnç mekanizmalarında gerileme olarak tanımlanabilir (5).

İleri yaşla birlikte nörolojik fonksiyonlar arasında motor, duysal ve kognitif bazı değişiklikler ilk planda dikkati çeker, bunlar motor aktivitenin hız ve kalitesinin azalması, reaksiyon zamanının uzaması, ince ve beceri gerektiren hareketlerin zorlaşması, bacaklarda kollardan ve proksimal kaslarda distalden daha fazla olmak üzere kas gücünün azalması, dorsal interosseal, tenar ve anterior tibial kaslarda belirgin olmak üzere kaslarda incelleme, aşıl refleksinde azalma veya kayıp, özellikle distalde olmak üzere vibrasyon duyusunda azalma meydana gelir (5).

Yaşla bağlı olarak gelişen pek çok sağlık sorunu rehabilitasyon gerektirir. Amputasyonların büyük kısmı yedinci dekatta olur. İnmelerin hemen % 75'i 65 yaştan sonra ortaya çıkar. Dejenere eklem hastalıklarının sıklığı yaş ile orantılı olarak artmaktadır. Kalça kırıkları en sık 65-75 yaşlar arasında gelişmektedir (1).

Rehabilitasyonun temel amacı bireyi hastalık öncesi aktivite düzeyine mümkün olduğu ölçüde kavuşturmadır. Rehabilitasyonda temel hedefler; mobilitenin sağlanması, inkontinansla mücadele, günlük yaşam aktivitelerinde mümkün olabilen en üst düzeydeki bağımsızlığın kazandırılması, nöropsikiyatrik sorunların çözülmesi olmaktadır.

Tablo 1- Geriatrik hastalarımızın tanıları

| Tanı | n | % |
|-------------------------------|-----|------|
| SVO | 153 | 67,7 |
| Osteoartrit | 29 | 13.2 |
| Spinal kord injuri | 8 | 3.1 |
| Disk herniasyonu | 6 | 2.7 |
| Nöropati | 6 | 2.6 |
| Artroplasti | 3 | 1.4 |
| Travmatik Beyin Yaralanması | 3 | 1.2 |
| Spinal stenoz | 3 | 1.2 |
| Omuz periartriti | 3 | 1.2 |
| Seronegatif spondiloartropati | 3 | 1.1 |
| Opere menenjiom | 2 | 1.1 |
| Spinoserebellar sendrom | 1 | 0.4 |
| Myopati | 1 | 0.4 |
| Myelit | 1 | 0.4 |
| Skolyoz | 1 | 0.4 |
| Gut | 1 | 0.4 |
| Paget hastalığı | 1 | 0.4 |
| Kırık sekeli | 1 | 0.4 |



Olay ile hastanın mobilize edilmesine kadar geçen süre önemlidir. Bu süre içinde hastada derin ven trombozu, kardiyopulmoner kapasitede azalma, kaslarda atrofi, kontraktürler, dekübitis ülserleri gelişebilir. Bu dönemde fonksiyonel performansın her gün başına % 5 azaldığı bildirilmektedir. İyileşme sürecinde performans kapasitesinin yeniden kazanılması ise % 50 daha yavaş olur. Bu nedenle olabildiği ölçüde yaralanma sonu dönemde mobilizasyona ve günlük aktivitelere başlanması çaba gösterilmelidir. Spinal kord yaralanması olanlarda veya daha önceden altta yatan pleji nedeniyle mobilize olamayan hastalarda izometrik egzersizler, derin ven trombozu ve atrofinin önlenmesi açısından faydalıdır. Dekübit yaralanmasının önlenmesi için pnömotik yataklar veya 2 saatte bir kez pozisyon değiştirme programı uygulanmalıdır.

SVO en genel anlamı ile serebral dolaşıma ait bir bozukluk sonucu beyinde ortaya çıkan anormal durumu tanımlar. Bu durum, kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırada gelen en sık ölüm nedeni olarak kabul edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde herhangi bir anda yapılacak tespit SVO geçirmiş 1.7 milyon kişi bulunabileceği ve bunların % 75'inin 55-84 yaşları arasında olduğu bildirilmektedir. SVO geçiren hastaların karşı karşıya kaldığı mental ve fiziksel engeller büyük ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunlar yaratmaktadır (5). Hastaların % 10'u bir ay içinde spontan iyileşme gösterirken, % 10'u hiç bir tedaviden yararlanamaz. Geriye kalan % 80 hasta rehabilitasyon adayı kişilerdir (6). SVO rehabilitasyonunun genel amaçları; kontraktürlere bağlı deformitelerin ve komplikasyonların önlenmesi, var olan deformite ve komplikasyonların tedavisi, ambulasyon eğitimi, günlük yaşam aktiviteleri açısından sağlık kalan elin efektif kullanımı ve inmeli taraf üst ekstremitesinin tümü ile maksimum düzeyde kullanılacak hale getirilmesi, konuşma ve lisan problemlerine yönelik konuşma tedavisi, duyu kaybının kompensasyonu, hastanın sosyal yönden aktif ol-

Tablo 2- Acil servis ön tanıları

| Tanı | Hasta sayısı | Yüzde (%) |
|---------------------------------------|--------------|-----------|
| Akut kolesistit ve/veya kolelitiazis | 24 | 22.6 |
| Nonspesifik karın ağrısı | 12 | 11.3 |
| Akut batın (sebebi tespit edilememiş) | 9 | 8.5 |
| İYE ve/veya renal kolik | 8 | 7.5 |
| İleus | 7 | 6.6 |
| Gastrit veya ülser | 7 | 6.6 |
| Mide veya kolon malignitesi | 5 | 4.7 |
| Akut apandisit | 4 | 3.7 |
| Akut pankreatit | 4 | 3.7 |
| Herni | 3 | 2.8 |
| Üremi ve böbrek yetmezliği | 2 | 1.9 |
| Üst GIS kanama | 2 | 1.9 |
| İntestinal perforasyon | 1 | 0.9 |
| Kardiyak tamponad | 1 | 0.9 |
| Aort diseksiyonu | 1 | 0.9 |
| Diğer tanıları | 16 | 15.1 |

Tablo 3- Yatan hastaların kesin tanıları

| Servis sonu tanıları | Hasta sayısı | Yüzde (%) |
|--------------------------------|--------------|-----------|
| Akut kolesistit / kolelitiazis | 18 | 26.9 |
| İleus | 7 | 10.4 |
| Ülser veya gastrit | 4 | 6 |
| Üst GIS kanama | 4 | 6 |
| Akut apandisit | 3 | 4.5 |
| Akut pankreatit | 3 | 4.5 |
| Volvulus | 3 | 4.5 |
| Malignite | 3 | 4.5 |
| Akut mezenter iskemisi | 2 | 3 |
| Perforasyon | 2 | 3 |
| ABY veya KBY | 2 | 3 |
| Strangülasyon | 1 | 1.5 |
| İnsizyonel veya inguinal herni | 2 | 3 |
| Diğer tanıları | 13 | 19.4 |

masının ve katılımının sağlanması, taburculuk aşamasından sonra bağımsız yaşaması yolunda gerekli eğitimin sağlanması, hastanın motive edilmesi, mesleki rehabilitasyon olanaklarının yaratılmasıdır. Etkin bir rehabilitasyon programı sonrasında pek çok kişi hastalık öncesi yaşamına dönebilmektedir. Diğerleri ise yardımcı cihazlar ve adaptasyon gereçleri ile kısmen bağımlı olarak yaşamlarını sürdürebilmektedir (1).

SVO'a sekonder hemiplejik hastalarımızın (153 hasta-%67.7), 78 (% 34.5)'i sağ hemipleji, 72 (% 31.9)'si sol hemipleji ve 3 (% 1.3)'ü bilateral hemipleji idi. Hastalarımızı rehabilitasyon programına aldık. Nörofizyolojik ,eklem hareket açıklığı, denge koordinasyon egzersizleri, ambulasyon eğitimi, spastisite ve mesane-barsak rehabilitasyonu, konuşma terapisi, iş- uğraşı terapisi uyguladık. 46 hastamız sadece destekle, 31 hastamız kısa yürüme ortezi ile, 8 hastamız uzun yürüme ortezi ile, 2 hastamız bağımsız desteksiz ambule duruma geldiler. 16 hastamız da tekerlekli iskemle düzeyine getirildi.

En sık görülen romatizmal hastalıklardan biri olan osteoartrit (OA)'in, uzayan insan ömrü ile bağlantılı olarak insidansı giderek artmakta, ağrı ve fonksiyon kaybı nedeniyle hem iş gücü kaybına neden olmakta hem de ekonomik ve psikososyal problemlere zemin hazırlamaktadır. Kadın ve erkekte dağılımı 50'li yaşlara kadar eşittir, bu yaştan sonra kadınlarda daha fazla oranda rastlanmaktadır. 60 yaş üstü popülasyonda radyolojik prevalans % 80-87 dir, bunların % 15-22'si klinik olarak semptomatiktir. Kadınlarda 45-65 yaş arasında radyografik incelemelerde prevalans % 30, 65 yaştan sonra ise ortalama % 70'dir. Radyografik değişiklikleri olan her hasta semptomatik değildir. Buna rağmen %10-30'unda belirgin ağrı ve fonksiyonel yetersizlik gözlenir (7).

Yaşlılarda artrite yönelik rehabilitasyonun amacı fonksiyon kaybının neden olduğu korkuyu yenmek, halsizliği, yorgunluğu azaltmak, eklem sertliğini, tutukluğu gidermek, enflamasyonu ve dolayısı ile ağrıyı azaltmak, deformiteleri önlemek veya düzeltmek ve fonksiyonu artırmaktır. Hasta ve ailesi gün-



lük yaşam, kendine bakım aktiviteleri açısından eğitilmeli ve yardımcı araç ve gereçler sağlanmalıdır (1).

Osteoartrit tanısı koyduğumuz 29 (% 13.2) hastanın, 9 (% 4.4)'ü generalize osteoartrit, 5 (% 2.2)'i servikal spondiloartroz, 4 (%1.8)'ü lomber spondiloartroz, 1 (%0.4)'i kalça, 10 hasta (%4.4)'ü diz osteoartriti idi. Bu hastalar da FTR programına alındılar. Program sonrasında ağrıları azaldı, deformiteleri önlenildi ve fonksiyonları arttırıldı.

Spinal kord zedelenmelerine bağlı kuadripleji ve parapleji gençlikte rastlanılan bir problem olmaktan giderek çıkmaktadır, çünkü hem ileri yaşlarda kazalar artmakta hem de spinal kord zedelenmesi geçirenlerde ömür uzamakta ve bu kişiler de yaşlanmaktadır (1).

Yaşlılarda spinal kord zedelenmeleri yüksekte düşmeye ve motorlu taşıt kazalarına bağlıdır. Ayrıca metastaz ve servikal myelopati de sık rastlanan nedenlerdir. Spinal travmalı yaşlılar kronik dönemde aynı patolojiye sahip gençlerden 20 kat daha fazla sürekli hemşire bakımına gereksinim gösterirler. Yaşlı bir spinal yaralanmalı hastada 2 yıllık yaşama şansı gençlerle kıyaslandığında % 95'den % 59'a düşer. Yaşlı spinal yaralıda, aynı patolojiye sahip gençlere göre bağımsız yürüme, mesane ve barsak fonksiyonlarında düzelme olması daha zordur. Prognoz kötüdür. Rehabilitasyonda ana ilke komplikasyon gelişmesini önlemek olmalıdır. Yatak pozisyonu ve pasif egzersiz ile bası yarası ve kontraktürler önlenmeli, mesane, barsak eğitimi başlamalı, solunum sıkıntısı çözülmeli ve spastisite fizik tedavi veya medikal yöntemlerle azaltılmalıdır. Üst ekstremitelerin transferlerde, tekerlekli iskemle veya yardımcı cihaz kullanımında önemi büyük olduğu için kuvvetlendirilmeleri gerekir. Ayrıca kendine bakım ve günlük yaşam aktiviteleri için yardımcı araç-gereç ve evin uyarlanması da unutulmamalıdır (1).

8 (% 3.1) hastamızda medulla spinalis yaralanması vardı. Bu hastaların 6 (% 2.2)'i parapleji, 2 (% 0.9)'si tetrapleji idi. Bu hastalara da denge-koordinasyon, eklem hareket açıklığı, progresif dirençli egzersizler, transfer ve ambulasyon eğitimi, spastisite ve mesane-barsak rehabilitasyonu uygulandı. 2 paraplejik hastamız uzun yürüme ortezi ile, 1 paraplejik hastamız kısa yürüme ortezi ile, 1 hastamız da destekle; 1 tetraplejik hastamız sadece destekle ambule edilirken; 2 hastamız da tekerlekli iskemle düzeyine getirildi.

Periferik nöropatiler, geriatrik yaş grubunda diyabet ve nutrisyonel problemler gibi rahatsızlıkların ciddi komplikasyonu olarak ortaya çıkabilir. Hikayede, herediter nöropatiler yönünden hastanın sorgulanması unutulmamalıdır. Aile hikayesi, aile bireylerinde ellerde ve ayaklarda uyuşukluk, ayak deformitelerinin olup olmadığı öğrenilmelidir (5).

Guillaine-Barre Sendromu yıllık insidansı bütün yaş grupları için 100.000 de 1.1 olarak belirtilmektedir. Yapılan retrospektif incelemelerde 19-60 yaş arası yıllık insidans 100.000'de 0.8 iken 61-89 yaş arasında 1.6 arasında bildirilmektedir (5).

Hastalarımız da % 2,6 (6 hasta) oranla nöropati vardı, bunlardan 2'sinde etyoloji diyabetes mellitusdu. 2'sinde de Guillaine-Barre Sendromu vardı.

4 nöropatili hasta destekle ambule edilirken, 1 nöropatili ve 1 Guillaine-Barre Sendromlu hasta da kısa yürüme cihazı ile ambule edildi.

Yaşlıların travma sonucu hastaneye yatırılmalarındaki en önemli neden kalça kırıklarıdır. Düşme sonrası en çok kırılan kemik kalça kemiğidir (8). Yaşlılarda başlıca düşme nedenleri; görme ve algı bozuklukları, postural instabilite, hareket yeteneğinde azalma, ortostatik hipotansiyon, alt ekstremitelerde güçsüzlük, vertigo, çevrenin yetersiz, zeminin uygunsuz oluşu, yaşlıların kullandığı bazı ilaçlara bağlı yan etkiler, eşlik eden akut veya kronik hastalıklar, depresyon, apati, konfüzyondur (1).

Yaşlılığa bağlı gelişen osteoporoz, kırık oluşmasında önemli bir predispozan faktördür. Kalça kemiğindeki kırık nedeniyle hastaneye yatırılanlardaki mortalite nedenleri sepsis, pnömoni ve gastrointestinal sistem kanamalarıdır. Altta yatan diyabet ve serebral hastalıklarda mortalite 2 kat yüksektir. Sepsis mortalitenin en önemli nedenidir. Kırığın erken fiksasyonu ve erken mobilizasyon pulmoner komplianstaki azalmaları ve diğer komplikasyonları önler (8).

Kalça kırıkları eğer bir kontrendikasyon yoksa cerrahi olarak tedavi edilmeli, endoprotez veya internal fiksator uygulaması yapılmalıdır. Cerrahi prosedürden hemen sonra hastanın uygun bir rehabilitasyon programı çerçevesinde erken mobilizasyonu pulmoner problemler, tromboembolizm ve genitouriner sekel başta olmak üzere pek çok komplikasyonu önleyecektir (1).

1 hastamızda kırık sekeli, 3 hastamızda artroplastisi vardı. Bu hastalar kırık ve artroplastisi rehabilitasyon programına alındılar ve ambulasyonları sağlandı.

Yaşlı travmalılarda subdural ve parankim içine kanamalar daha fazla görülürken hayatı tehdit edici serebral kontüzyonlar daha az görülmektedir. Yaşlılarda kafa travması nedenleri travma tipi düşmeler ve yaya şeklindeki trafik kazalarıdır. 80 yaşın düşme sonucu intrakranial hematoma gelişme olasılığı diğer yaş gruplarına göre oldukça yüksektir. Yaşlılarda oluşan kafa travmalarının tedavisi diğer yaş gruplarınınkinden farklı değildir. Ancak bunlarda mortalite gençlerinkinden 4 kat daha fazla fazladır. Kafa travması sonrası gelişen kognitif bozuklukların tam olarak düzelmesi 20 yaşın altındaki yaralılarda % 100 iken yaşla birlikte tam geriye dönüş yaşla ters orantılı olarak azalır. Yaşı 51'den daha fazla olanlarda eğer koma 5 günden daha uzun sürerse, bunlarda kognitif fonksiyonların tamamen geriye dönmesi olası değildir. Yaşlılarda kafa travması sonucu koma gelişenlerde iyileşme sonrası erken dönem mortalite ve morbidite çok yüksektir. Morbidite ve mortalitenin bu denli yüksek bulunması altta yatan Alzheimer hastalığı, hidrosefali ve mikrovasküler hastalıklara bağlı olabilir. Yaşlı travma hastaları altta yatan ve hipoksemi yaratan diğer sorunları nedeniyle kafa travması sonucu oluşan beyin ödemeine daha duyarlıdır (8).

3 hastamızda travmatik beyin yaralanması vardı. Denge koordinasyonu, eklem hareket açıklığı egzersizleri, ambulasyon eğitimi, nörokognitif, spastisite ve mesane barsak rehabilitasyonu uygulandı. 3 hastamız da kısa yürüme cihazı ile ambule edildi.

Artiküler dokularda kristal formasyonu ve depolanması yaş ilerledikçe artar. Bu nedenle yaşlılarda kristallerin oluşturduğu artropatiler sık görülür ve bu yaşlarda görülen inflamatuvar eklem hastalıklarının önemli bir kısmını oluşturur. Kadınlarda premenopozal dönemde nadir görülürken, 60 yaşından sonra



artar ve kadın erkek oranı 20/1'den 2-7/1'e düşer. Gut artritinin tedavi prensipleri genç hastalarla aynıdır. Ancak yaşlı hastalarda hepatik ve renal fonksiyonlarda azalma nedeniyle NSAID ilaçlar, allopurinol ve kolşisin yan etkileri yönünden dikkatli olunmalı, gerekirse ilaç dozunda azaltma yapılmalıdır.

Geriatrik 1 hastamızda da gut artriti tespit ederek, medikal tedavisini vererek artriti geriledi, ağrısı azaldı ve fonksiyonları arttırıldı.

FTR programı sonrasında yattıklarında ambule olmayan hastaların (150 hasta) % 70'inin ambulasyonu sağlandı. Bunların 52 (% 31)'si cihaz ve destekle, 47 (% 35)'si sadece destekle, 6 (% 4)'sı bağımsız desteksiz ambule edildiler. Hastaların 18 (% 12)'i tekerlekli iskemle düzeyine getirildi. Günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımlı olanlar (20 hasta-% 8.9) bağımsız ya da kısmi bağımlı halde taburcu edildi.

Yaşlılarda ortaya çıkan sağlık sorunlarının çoğu rehabilitasyon gerektirir. Geriatrik vakalarımıza kalan ömründe yaşam kalitesini artırmak amacı ile uyguladığımız etkin fizik tedavi ve rehabilitasyon programı, yaşlı bireyin daha bağımsız ve daha sosyal olmasına önemli oranda yardımcı olmuştur.

Yaşlı hastaların fonksiyonel kısıtlılıkları ve genç erişkinlere göre pek çok yaklaşımda dar bir güvenilirlik sınırları olduğu

unutulmamalı ve gerçekçi hedefler saptanarak bir rehabilitasyon programı çizilmelidir. Hastaların çoğunda mevcut fonksiyonları korumak, sakatlık öncesi fonksiyonel düzeye ulaşmaya çalışmaktan daha gerçekçi bir hedefdir.

KAYNAKLAR:

1. Kutsal YG: Rehabilitasyon. Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S (Ed.): Geriatri Cilt 1. Hekimler Yayın Birliği. Ankara 1997; Cilt, s 146-160.
2. Sloane P. How to maintain the health of independent elderly. Geriatrics 1984;39 (10):93-104.
3. Ellekjaer H, Holmen J, Ellekjaer E, Votten L. Physical activity and stroke mortality in women. Stroke 2000;31:14-18.
4. Tanne D, Gorman M, Botes V, Kosner S . Intravenous tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke in patients aged 80 years and older. Stroke 2000;31:370-5.
5. Karabudak R: Nöroloji. Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S (Ed.): Geriatri Cilt 2. Hekimler Yayın Birliği. Ankara 1997; Cilt, s 701-731.
6. Özgür N: Hemiplejide Fonksiyonel Rehabilitasyon. Hemipleji ve Rehabilitasyonu Sempozyum Kitabı Ankara 1999 s 61-78.
7. Kutsal YG: Osteoartrit. Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S (Ed.): Geriatri Cilt 1. Hekimler Yayın Birliği. Ankara 1997; Cilt, s 362-375.
8. Fatih Ağalar: Yaşlılık ve Travma Sorunu. Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S (Ed.): Geriatri Cilt 2. Hekimler Yayın Birliği. Ankara 1997; Cilt, s 749-756.