

Cem TURAMAN

YAŞLI SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN BİRİNCİ BASAMAKTA PLANLANMASI

PLANNING ELDERLY CARE AT THE BASIC LEVEL OF HEALTH SERVICES

ÖZET

Türkiye nüfus yapısı yaşlanma sürecine girmiştir. Yaşlı sağlığı hizmetinin planlanması artık Türkiye için de bir gereksinimdir. Yaşlı nüfusun sağlığı, öncelikle birinci basamak sağlık hizmetinin (Sağlık Ocağı, SO) görevidir. Bu yazının amacı, hem birinci basamakta hizmet veren, hem de bu hizmeti veren hekimi yetiştiren üçüncü basamak hekimlerine, birinci basamak yaşlı sağlığı hizmetlerinin planlanması yoluyla iyileştirilmesi için öneriler sunmaktır. SO hekiminin yaşlı sağlığı konusunda atması gereken ilk adım, bölgesindeki yaşlıları tespit etmek, yaş sınıflarına ayırarak gruplamak ve bu grupların bölge nüfusu içindeki paylarını belirlemektir. İkinci olarak SO hekimini, toplumun yaşlılara nasıl baktığını değerlendirmeli, yaşlıların toplum içindeki yerlerini anlamalıdır. Yaşlıların düzenli gelire sahip, akrabaları-komşuları tarafından bakılan, yalnız oturanlarını tespit etmeli, yalnız oturanların ne kadarı kendi gıdasını, suyunu, ilacını temin etmek zorunda, öğrenmelidir. Üçüncü olarak SO hekimini, her bir grubu kendi içinde, tespit edilen hastalık ya da yakınma sayısı ve önemine göre daha küçük parçalara bölebilir. Dördüncü adımda organ ve sistem muayenelerinin de pek çoğunu birinci basamakta yapabilir ve bu tarama sonucunda ayırdığı çok daha az sayıdaki hastaya, hastanede yapılacak muayenelere gerek olduğunu anlatabilir. Hastaneye niçin ve nasıl gidileceğine de hasta ve aileleriyle birlikte karar vermesi yerinde bir davranış olacaktır. SO hekimini, hizmette zorluklara yol ačan olumsuz koşullar altında çalışıyor ise, başvuran yaşlının kullandığı ilaçları, günlük yürüme süresini, görme ve işitmesini, aşı durumunu kaydetmeyle de yaşlı nüfusa yararlı olabilir. En olumsuz durumda, ilaç reçetesi tekrarı için gelen yaşlıları, belirli hastalıklar için tarayarak ve reçeteye ilgili hastalıkları izleyerek bir tür pasif sörveyans yaklaşımıyla bu hizmeti verebilir. İkinci ve üçüncü basamak hekimleri de, sağlık ocağı hekimine bu hizmette gereken desteği verecek biçimde bilgilendirilmeli ve organize edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı, Sağlık hizmeti, Birinci basamak Plan, Hizmet yönetimi

ABSTRACT

Population structure of Turkey is undergoing an ageing process thus providing planned care for elderly becomes a necessity. Health care provision for the elderly is primarily a duty of the basic health service (health centre, HC). The aim of this review is to formulate recommendations, to improve the elderly health care through better planning, for both the doctors of first level health service who provide basic care, and the physicians of third level health service who train the service providers. Firstly the HC doctor would identify the elderly people, classifying them according their age, and estimating their percentage among the inhabitants in the district covered by the HC. Secondly, the doctor would assess how the elderly are perceived by the community, then classify them according their social status, their income level and the level of support by their relatives and neighbors. Thirdly, the doctor would reclassify the groups according their health conditions they complain about. Fourthly, the doctor would select through physical examination, those needing hospital care and explain them why they are being referred to hospital and decide on how to get there. Where the adverse conditions affects service provision, the doctor may be helpful to elderly patients by recording the drugs they use, immunisation information, the duration of daily walks, and by examining their vision and hearing. In the worst scenario, the doctor may provide health care through a basic surveillance system, by questioning the elderly for a few health conditions frequently seen at old age period, when they visit the HC to ask for prescription of drugs they use. The physicians of second and third level of health service should be made aware of the needs of the elderly and be organised to provide the necessary support to HC doctor.

Key Words: Elderly, Health care, Basic level, Plan, Care management.

Geliş: 01.122000

Kabul: 17.02.2001

İletişim: Cem TURAMAN: Bestekar Sok. 66/14, 06680/Kavaklıdere-ANKARA

Tel: (0312) 426 6763

e-mail: cturaman@tr.net

GİRİŞ

Toplumumuzun yaşlanma zamanı gelmiştir. Yaşlanma terimi burada, hem beklenen yaşam süresinin uzaması, hem de bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel sağlık sorunlarının farklılaşarak ileri yaşa özgü bir hale gelmesi anlamında kullanılmıştır. Birinci basamak terimi ise, ülkemizde hastanın ilk başvurduğu sağlık kuruluşu değil, ilk başvurması gereken sağlık kuruluşu, sağlık ocağı anlamındadır.

Ülkemizde yaşlı sağlığı konusunda çalışmalar, sınırlı sayıda üniversite hastanesinde uzun yıllardır sürdürülmektedir. Son yıllarda yaşlı sağlığı daha yaygın olarak, ancak yine üçüncü basamak sağlık hizmeti düzeyinde dikkate alınmaya başlanmıştır. Yaşlı sağlığı kavramı, sağlık hizmetinin büyük yükünü kaldıran ve toplumla daha yakın temas halinde olan ikinci ve birinci basamak sağlık hizmetlerine henüz yeteri kadar entegre olmamıştır ve ülkemizde sistemli bir yaşlı sağlığı hizmeti halen sunulmamaktadır. Bu durumun birden fazla faktör tarafından belirlendiği bilinmektedir. Bunlardan bir tanesi, üniversitelerde yaşlı sağlığı dersi veren hocaların diğer konuları olduğu gibi, bu konuyu da üçüncü basamak bakış açısı ile sunmalarıdır. Oysa mezuniyetle birlikte hekimlerin büyük çoğunluğu yaşlı nüfusa sağlık hizmetini üçüncü değil birinci basamak düzeyinde verecektir. Bu yazının amacı, hem birinci basamakta hizmet veren, hem de bu hizmeti veren hekimi yetiştiren üçüncü basamak hekimlerine, birinci basamak yaşlı sağlığı hizmetlerinin planlanması ve iyileştirilmesi için öneriler sunmaktır.

KONUNUN ÖNEMİ, ALTYAPI VE ÖNERİLER

Altmışbeş yaş ve üzeri nüfusun, ülkemiz toplam nüfusunun şimdilik %5'den azını oluşturmakla beraber; 2025 yılında %9-10'una ulaşacağı kestirilmektedir. Ülkemizin bugünkü altmışbeş yaş üzeri nüfusunun %90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç ve %15'inde dört ve daha fazla kronik sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir (16). İleri yaşlarda daha sık görülen kronik hastalıklardan bazıları, koroner arter hastalığı, kanserler ve beyin-damar hastalıkları, ülkemizde toplam ölümlerin %51,3'üne neden olmaktadır. Ülkemizde 1,2 milyon koroner kalp hastası olduğu ve her yıl bunların 130.000'inin öldüğü tahmin edilmektedir (17).

Dünya Sağlık Örgütü'nün "XXI. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikası Avrupa Bölgesi için saptadığı yirmialtı hedefinden beşincisi, yaşlı sağlığı ile ilgilidir: "2020 yılında yaşlı kimseler daha sağlıklı bir yaşlanmaya ve toplumsal üretkenliğe daha fazla katılmaya olanak bulabilmelidir" (18).

Sağlık Bakanlığı da, Türkiye Ulusal Sağlık Politikası'nın yirmi üçüncü hedefi olarak yaşlı sağlığının önemini belirt-

miş, yaşlı sağlığı ilke ve stratejilerini belirlemiş ve yaşlı sağlığı ulusal politikasının bu yıl (2000 yılında) yürürlüğe konulacağını açıklamıştır (16).

Henüz yürürlükte olan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'a göre hekimin hizmet verdiği en uç birim sağlık ocağıdır (4). Sağlık ocağı, yaşlı sağlığının ele alınabileceği topluma en yakın hizmet birimidir (8). O halde bir toplumun yaşlı nüfusunun sağlığı, tüm diğer yaş gruplarının sağlığı gibi, öncelikle birinci basamak sağlık ekibinin, en çok da sağlık ocağı hekiminin sorumluluğundadır.

Kişilerin ileri yaşta kendine yetemez olmasının getirdiği sorunlar, ülkemizde örgütlü sosyal ve kamu desteğinin yetersiz kalmasına karşılık, önemli ölçüde aileleri tarafından karşılanmaktadır. İleri yaştaki kişilerin durumlarının elverdiği ölçüde sağlıklı ve yararlı bir yaşam sürdürmelerine yardımcı olmak, bu yaş grubunda sık görülen hastalıkların ise erken tanısı, gerektiğinde kesin tanı ve sağaltımlarının düzenlenmesi için üst basamaklarla işbirliği, daha sonra bu kişinin izlenmesi ve sağaltımı sürdürmesi için desteklenmesi, sağlık ocağının görevidir (1).

Birinci basamakta yaşlı sağlığını korumak ve geliştirmek için verilen hizmetin hem sayısal, hem nitelik olarak geliştirilmesi, sağlık ocağının işlerinden birisidir ve sağlık ocağının bu iş yükü giderek artacaktır. Bu hizmetin sağlık ocağı olanaklarıyla sağlanabilir hale gelmesi, planlı bir biçimde verilmesine bağlıdır. Planlı ve nitelikli hizmet, tek başvuruda hastanın gereksinimini tam ve en geniş biçimde karşılama anlamına gelir (9). Planlı hizmet, sağlık hizmetinin gereksiz kullanımını azaltır (6). Plansız ve niteliksiz hizmet, sorunun çözümünü geciktirmekten başka işe yaramaz ve maliyeti, sorunu zamanında çözmekten daha yüksektir (12).

YAŞLI SAĞLIĞI TANIMI VE ÖNERİLER

Yaşlılık, biyolojik, sosyal, ekonomik, kronolojik ölçütlerle tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü 60 yaş üzerini yaşlı, 80 yaş üzerini çok yaşlı olarak tanımlamaktadır (15). Kronolojik yaşlanma ölçütü olarak, yukarıda verilen farklı sınıflamalar da önerilmektedir: 45-59 orta yaş, 60-74 yaşlı, 75 ve üzeri ihtiyar, 90 yaş üzeri çok ihtiyar olarak tanımlanmaktadır (10). Demek ki sağlık ocağı hekiminin yaşlı sağlığı konusunda atması gereken ilk adım, bölgesindeki 60 yaş üzeri kimseleri tespit etmek, bunları yukarıda verilen örneklerden birine göre ya da kendi geliştireceği yaş sınıflarına ayırarak gruplamak ve bu grupların bölge nüfusu içindeki paylarını belirlemektir. Biyolojik yaşın tanımlanması, fizyolojik yaşlanma ölçütleri, akıl yetenekleri ölçütleri gibi çeşitli ölçütlere göre de yapılmaktadır. Bu zaman alıcı ve uzman işi yaklaşımlar birinci basamak hekimi için şimdilik gerekli sayılmasa da olur.

YAŞLI SAĞLIĞI BELİRLEYİCİLERİ VE ÖNERİLER

Yaşlı sağlığının temel belirleyicileri, gençle yaşlı arasındaki akla gelebilecek tüm biyolojik ve fizik farklılıklar, fizyolojik yetenek ve işlevlerde azalma, yaşamın ileri dönemlerine özgü birtakım değişiklikler, toplumun sosyo ekonomik yapısının yaşlı üzerindeki etkisi ve bu yapının yaşlının gereksinimlerini karşılayabilme derecesidir (10). İkinci olarak, sağlık ocağı hekimi, toplumun yaşlılara nasıl baktığını değerlendirmeli, yaşlıların toplum içindeki yerlerini anlamalıdır. Aynı zamanda, yaşlıların ne kadarı emekli maaşı türünden düzenli gelire sahip, ne kadarı akrabaları tarafından bakılıyor, ne kadarı yalnız oturuyor, belirlemelidir. Yalnız oturanların ne kadarı kendi gıdasını, suyunu, ilacını temin etmek zorunda, bilmelidir. Böylece, az sayıdaki risk faktörünü dikkate alarak da bölgesindeki yaşlılara hangi sıra ile hizmet ulaştırması gerektiğini kolayca ortaya çıkarabilir. Örneğin 80 yaş üzerinde, yalnız oturan ve düzenli geliri olmayan yaşlılar ilk sıralara; 60'lı yaşlarda, çocuklarıyla oturan ve emekli maaşı olan yaşlılar daha geri sıralara yerleştirilebilir.

Üçüncü olarak sağlık ocağı hekimi, her bir grubu kendi içinde, tespit edilen hastalık ya da yakınma sayısı ve önemine göre daha küçük parçalara bölebilir. Böylece ilk başta büyük gibi görünen bu yeni işi, yaşlı nüfusunu risk gruplarına bölerek rahatça yönetebilecektir. Yönetmek, sıraya koymaktır. Bunun için, ikinci aşamada yaptığı sıralamaya göre, bu kimseleri ya sağlık ocağına çağırarak ya da evlerinde ziyaret ederek basitçe muayene etmesi yeterlidir. Yaşlının sağlık durumunu kabaca değerlendirmek amacıyla yapacağı bu ilk muayenede kullanacağı ölçütler şunlar olabilir: Yaşlının kendini sağlıklı bulma derecesi, birbirinden farklı hastalık sayısı, yakınmaları, yaşamdan duyduğu tatmin derecesi, toplum yaşamına katılması, işlevsel durumu (yürüme, çalışma) gibi (11). Bu ölçütler her hekim tarafından istendiği ölçüde zenginleştirilebilir. Bu muayenenin verimli olması için öneriler sıralayacak olursak, muayene, aydınlık bir odada, yüz yüze görüşme ile, yüksek sesle konuşarak, yalnız görüşerek (demans gibi bir algılama bozukluğu yoksa), birkaç sefer görüşüp muayene ederek, aile ile ayrıca görüşerek, korku ve endişeleri giderici bir tutum içinde yapılmalı, gerekirse özgeçmiş bilgisi tıbbi kayıtlardan aranmalıdır.

YAŞLILIKTA BİÇİMSEL, FİZYOLOJİK, BİYOLOJİK VE KRONOLOJİK DEĞİŞİMLER VE ÖNERİLER

Yaşlılıkla birlikte vücut görünümü değişir. Birinci grup değişim iskelet sistemini ilgilendirir ve duruş, ayakta ve otururken boy, omuzlararası açıklık, göğüs derinliği değişiklikleri ile belirlenir. Birinci basamak hekimi, biraz göz alışkan-

lığı kazandıktan sonra yolda bile gördüğü yaşlıları bu ölçütlerle değerlendirebilir. İkinci grup değişim ise vücut yağ depolarında olur ve kilo artışı ve çeşitli bölgelerde deri kalınlığında değişmelerle belirlenir. Bu değişimin tespiti için daha ince ölçümler ve muayene odası gerekmektedir.

Fizyolojik yaşlanma, artan yaşla birlikte tedricen gelişen doğal değişikliklerdir (10). Bu değişikliklerin doğal olduklarını hekim içselleştirecek ölçüde anlamalı ve tutumunu olumlu yönde etkileyecek kadar hastasına benimsetebilmelidir. Yaşlılıkla birlikte görülen fizyolojik değişimler, başlıca vücut bileşimi, kalp-damar sistemi, böbrekler, sindirim sistemi, karaciğer, beyin, sinirler, akciğerler ve endokrin sistemde olur (3). Hekim yukarıda tartıştığımız benzer risk yaklaşımları ile öncelikle ele alması gereken yaşlı hasta sayısını kolayca hakim olabileceği bir miktara indirebilmişse, dördüncü adımda artık tabipliğini konuşturmasının sırası gelmiştir. Bu organ ve sistem muayenelerinin de pek çoğu birinci basamakta kolayca yapılabilir (Bkz: Ek 1) ve bu tarama sonucunda ayırdığı çok daha az sayıdaki hastaya, hastanede yapılacak daha hassas muayenelere gerek olduğunu anlatmanın sırası gelmiştir. Hekim, hastasına hastaneye ne için ve ne zaman gitmesi gerektiğini açıklıkla anlatmalıdır. Duyma-anlama sorunu olan yaşlıların yakınlarına da durumu ayrıca anlatmalıdır.

YAŞLIDA İŞLEVSELLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yaygın inanışın tersine, yaşlı insanların çoğu hasta ya da yetersiz değildir. Sağlık ocağı hekiminin bu konuda en etkin olarak yapacağı iş, hastalık ve yetersizliği olanları ayırarak erken tanı koymadır (15). Sağlık ocağı hekiminin, yetersizliğin üç temel nedenine yönelik önleme ve erken tanı becerisini geliştirmesi gerekmektedir (Bkz: Ek 2). Bunlar, kronik hastalıklar, akıl ve duyu zayıflığıdır (13). Sağlık ocağı hekimi, yetersizliğin erken tanısı için ise yaşlının günlük işlev değerlendirmesini şöyle gruplayarak yapabilir: 1-) El becerileri (ekmek kesme, kapı kilitleme), 2-) lokomotor işlevler (merdiven inip-çıkma, sokağa çıkma, dolmuş-otobüse binme), 3-) karışık işlevler (yıkabilme, soyunup-giyinme, tuvalete gitme) ve 4-) yardımcı araç kullanma (görme, işitme, çiğneme, yürüme için) (3).

YAŞLININ SAĞLIK SORUNLARI

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 inkontinensi, vücut ısısının kaybı ve ilaç bağımlılığı, gereksiz ilaç kullanma, alkol bağımlılığı ve iya-

trojenik sağlık sorunlarıdır (15). Yaşlılarda, doğal olarak, ölüm de tüm yaş gruplarına göre daha sık görülmektedir. Mide-barsak ve akciğer başta olmak üzere kanserler, beyin-damar hastalıkları, inme ve iskemik kalp hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve kaza gibi dış kaynaklı nedenler, endüstrileşmiş ülkelerde 65 yaş üzeri ölümlerin en sık görülen nedenleridir (2,14). Kazalara bağlı ölüm hızı, 65 yaş üzerinde toplam nüfusa göre 3 kat artmaktadır. 65 yaş üzerinde ölümlerle sonuçlanan 10 kazadan 6'sı evde olan düşmelerdir (10). Sağlık ocağı hekimi bu sağlık sorunlarının bir bölümüne karşı kendi kendine önlem alabilirse de diğer bir bölümü için ikinci ve üçüncü basamağın yardımına başvurmak zorundadır. Düşmenin önlenmesi için ev içi düzenlemeler, halıların kaldırılması, banyoda tutunacak yer yapılması, gece ışığın kolayca yakılabileceği bir düzenek kurulması, eşyaların azaltılması gibi. Ostoporozun özellikle kadınlarda önlenmesi için; sağlık ocağı ebesinin 49 yaşını dolduran kadınları izleminden düşüldüğünde hekim kendi izlemine geçirmeli, bu kadınlara öncelikle sağlıklı cinsel yaşam, beslenme, hareket ve hormon yerine koyma tedavisi konularında danışmanlık vermelidir. Daha geç yaşta kadınların kemik dansitesi ölçümü için ise üst basamaklarla ilişki kurmak zorunlu olacaktır. Yaşlıların kullandığı ilaçları iyi bilmek, kullanmayı öğretmek ve evde gereksiz ilaç bulundurmasını önlemek, gaz, çamaşır suyu, tarım ilacı gibi sıvıları zor ulaşılır belirli bir yerde saklamayı öğretmek, iyatrojenik sorunların büyük bölümünü önleyecektir. Hissettiği ısıya değil ölçtüğü ısıya göre giyinmesini ve örtünmesini öğretmek vücut ısısı kaybını önleyecektir. Görme, işitme, ruhsal durum, inkontinens ve kanser taramalarını hızlıca yaparak sorun tespit ettiklerini yine üst basamak aracılığıyla çözebilecektir. Görme ve işitme sorunlarının çözülmesi, (ev içi ve) ev dışı kazaların önlenmesinde önemli etkileri olacaktır.

YAŞLI SAĞLIĞI HİZMETİNDE SAĞLIK OCAĞININ ROLÜ

Yaşlıların birinci basamakta ele alınışında dikkate alınması gereken etmenleri özetlersek bunlar, 1-) günlük yaşam işlevleri (hareketlilik, toplum içinde yer sahibi olma, kendi işlerini yapabilmek), 2-) akıl sağlığı (bilişsel durum, psikiyatrik belirtiler), 3-) sosyal ve kültürel iyi olma hali, 4-) fizik sağlık (kendini sağlıklı hissetme, bu dönem hastalıklarına özgü belirtiler ve tanı, sağlık hizmeti kullanma, kendine yetme oranı). 5-) sosyal ilişkiler (aile, arkadaşlar ve çevrenin varlığı ve gerek duyulduğunda erişilebilirlikleri), 6-) ekonomik düzey ve barınma olanağı (barınma yerinin ulaşım olanağı, alış veriş ve kamu hizmetlerine yakın-lığı)'dır(15,5).

Bu etmenleri dikkate alabilmek için sağlık ocağı hekimi en azından, yaşlı nüfusta sağlıklı yaşamın özendirilmesi ve

hastalıkların önlenmesi, akut hastalıklara ilk müdahale ve kronik hastalıkların yönetimi bilgisine sahip olmalıdır (7). Öğrenciyken yaşlı sağlığı konusunda edinmesi gereken temel birikim budur. Bu bilgiyle donanmış birinci basamak hekimi, hemen yukarıda saydığım altı öğeden son ikisi hakkında öykü almak için dolaylı yollardan yararlanabilirse de, ilk dördü için doğrudan hastayı gözlemesi, dinlemesi ve ellemesi gerekmektedir.

BİRİNCİ BASAMAK YAŞLI SAĞLIĞI HİZMET KAPSAMI

Sağlık ocağı hizmeti, zamanla toplumun tüm yaşlı bireylerini kapsar hale gelmelidir (4,8). Başlangıç olarak, sağlık ocağının yaşlı sağlığı hizmetinde yerine getirmesi gereken temel görev, hastalık ve yetersizliğin birincil önlenmesi, yalnızlık ve soyutlanmanın önlenmesi, hastalık, psikiyatrik belirtiler ve yetersizliğin erken tanı ve sağaltımıdır (10). Yaşlı sağlığı hizmeti, birinci basamağın üst basamaklarla dikey eşgüdümlü çalışmasını belki de en çok gerektiren hizmettir. Üst basamaklara sevk edilen yaşlıların sonraki izlemi, birinci basamak tarafından yapılacaktır(1).

Sağlık ocağı hekiminin öncelikle dikkate alması gereken yaşlılar, çok yaşlı olanlar, yalnız yaşayanlar (hane halkı 1 kişi), huzur evinde yaşayanlar, toplumdan soyutlanmış yaşlılar (tek ya da karı-koca), çocuksuz yaşlılar, kronik hastalığı olan ya da hareket kısıtlılığı olan kişi ya da çiftler, sosyal güvencesi olmayanlardır (3).

Sağlık ocağı hekimi, hizmeti olumsuz etkileyen koşullarda başvuran yaşlıların kullandığı ilaçları, günlük yürüme süresini, görme ve işitmesini, aşı durumunu kaydetmeyle de yaşlı nüfusa yararlı olabilir (15). En olumsuz durumda, ilaç reçetesi tekrarı için gelen yaşlıları, belirli hastalıklar için tarayarak ve reçeteye ilgili hastalıkları izleyerek bir tür pasif sürveyans yaklaşımıyla kendilerine sağlıklı yaşam önerileri ve hastalık önleme, erken tanı ve sağaltım hizmetleri verebilir (1).

SONUÇ

Görüldüğü gibi, sağlık ocağı hekimi, bir orkestra şefi gibi, aletlerden hiçbirini virtüöz düzeyinde çalmamasına karşılık, bütüncül bir yaklaşımla iyi bir yaşlı sağlığı yönetimi yapabilir. Burada, sağlık ocağı hekimine gereken desteği sağlamaları için bir görev hatırlatmasını da ikinci ve üçüncü basamak hekimlerine yaparsam, herhalde bu hatırlatmayı yersiz bulan çıkmayacaktır.

Ek-1: Yaşlı Muayenesi İlkeleri

1. Yaşlılıkta hastalıkların özellikleri:

Eksik bilgi: Her şeyden önce, yaşlı hastalıkları aktif olarak taranmamakta ve eksik bildirilmektedir.

Hastalık belirtilerinin gizlenmesi: Bir hastalığın varlığı, diğerine tanı konulmasını önleyebilir. Ayrıca, yaşlılıkta vücudun hastalıklara cevabı ve hastalık belirtileri azalmıştır.

Hastalık belirtilerinin karışması: Bir hastalık altta yatan diğer bir hastalığa özel bir belirtiyi gösterir.

Tedavilerin karışması: Bir hastalığın tedavisi, diğeri için kon-trendike olabilir. Kronik karaciğer veya böbrek yetmezliği olan hastaların tedavisi çok dikkatle ayarlanmalı ve izlenmelidir.

Bir hastalığın diğerinin seyrini hızlandırması.

Bir hastalığın başka hastalık belirtisi vermesi: Öksürük ve ses kısıklığı, gripi değil akciğer ya da larenks kanserini; ishal ya da kabızlık, rotavirus enfeksiyonunu değil bağırsak kanserini; anemi, beslenme bozukluğunu değil mide ya da diğer bir kanseri, tersi gösterilene kadar düşündürmelidir.

Hastalıkların üst üste gelmesi: Yaşlılığın hareketliliğini sınırlayan inme gibi bir durum, yatağa bağlanma nedeniyle, idrar yolları ya da solunum sistemi enfeksiyonlarına yol açabilir.

2. Yaşlı muayenesinde yapılması gerekenler:

Kan basıncı ölçümü: Her iki koldan, yatarken, otururken ve ayakta olmak üzere, toplam 6 kez. Ayakta yapılan ölçümde sistolik 20 mm/Hg dan daha fazla bir eksiklik varsa, postural hipotansiyon vardır. Hipotansiyonla birlikte taşikardi varsa, sıvı veya kan eksikliği düşünülmeli; taşikardi yoksa, otonom sinir sistemi bozukluğu, betabloker alımına bağlı olabilir.

Vücut ısısının ölçümü: 35 derece altında vücut ısısı, otonom bozukluğa bağlı olabilir. Bu kimseler aşırı sıcak ve aşırı soğuktan korunmalıdır. Alkolizm, hipotiroidi, fenotiazin kullananlar, sereb-rovasküler atak geçirenlerin vücut ısısını korumak için de özel önlemler gerekir.

Ağırlığın ölçümü: Hem vücut ağırlığının izlenmesi, hem de diüretik alan kişinin izlenmesi için gereklidir.

Göz ve görme değerlendirmesi: Bu muayene ile hem görme işlevi değerlendirilir, hem de bölgesel ve sistemik hastalıkların göz bulguları ortaya çıkarılır: Katarakt, glokom, diyabet, hipertansiyon. Görme bozukluğu, gözlüksüz, gözler sıra ile kapatılarak, gazete-dergi okutularak ortaya çıkarılabilir. Göz tansiyonu erken tanısı ise, göz kürelerine (ayrı ayrı!) dokunarak sertliğin değerlendirilmesiyle konabilir.

Ağız boşluğu: Özellikle sigara içenlerde ağız mukozası değerlendirilmelidir. Takma dişlerin durumu ve ağız hijyeni değerlendirilir. Ağız temizliği eğitimi verilir.

İşitme: İleri derecede işitme kaybı görüşme sırasında kolayca anlaşılır. İşitme kaybının hangi tarafta olduğunun belirlenmesi, varsa kulak kiri çıkartıldıktan sonra muayenenin tekrarlanması gerekir.

Solunum sistemi: Sigara alışkanlığı ve meslek öğrenilmelidir. Hastanın öksürebilme yeteneği, solunum biçimi, göğüs kafesinin genişleme durumu, dinleme bulguları bir arada değerlendirilecektir.

Kalp-damar sistemi: Karotid ve femoral nabza bakılmalıdır. Dinleme bulguları, hekim bilgisine gereksinim gösterir. Kalp ses-

leri ile birlikte, anemi durumu değerlendirilmelidir. Diş çürüğü ve idrar yolu enfeksiyonu da bakteriyel endokardit araştırılmasına neden olmalıdır.

Karın muayenesi: Apandisit, safra kesesi hastalıkları, barsak tıkanmaları ve diğer batın içi anormallikler değerlendirilmelidir.

Rektal muayene: Erkeklerde prostat ve rektum kanserinin erken tanısı için çok yararlı bir muayenedir.

Genito-üriner sistem: Erkeklerde fitik muayenesi gereklidir. Kadınlarda spekülümle muayene, ancak gerekliyse yapılmalıdır.

Sinir sistemi muayenesi: Çevresel sinirlerin muayenesi nöro-patiye yol açan hastalıkların tanısı için önemlidir. Mantal durumun değerlendirilmesinde kavrama düzeyi, oriyantasyon, dikkat, konuşmayı algılama hızı, hatırlama derecesi, yaratıcılık, soyut kavramları algılama ve aktarma, karar verebilme, önemli konulardır.

3. Laboratuvar muayene:

Her yaşlıya yapılması gereken testler: Tam kan sayımı, EKG. Serum kreatinini Elektrolitler, Gaitada gizli kan, Tam idrardır.

Gerektiğinde yapılacak testler: Akciğer grafisi, Tiroid fonksiyon testleridir.

4. Yaşlılıkta koruyucu uygulamalar:

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

Egzersiz programı: Hem kas iskelet sorunlarını, hem de trombo embolik kazaları önler.

Beslenme: Besin gereksinimleri eğitimi ve diyet düzenlemesi.

Kazalar: En önemlisi düşmedir. Bozulan görme işlevinin düzeltilmesi, ev içinde ve çevresinde aydınlatma, halı ve paspasların kaldırılması gibi düzenlemeler; ayakkabının değiştirilmesi yararlı olabilir. Yanmanın önlenmesi için bol elbise giyilmemesi, sigaranın bırakılması önerilmelidir. Zehirlenmelerin önlenmesi için havagazını kontrol etme, ilaç alımını denetleme ve ilaç kullanma eğitiminin tekrarlanması yararlı olabilir.

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

Ayak bakımı: Özellikle diyabetik hastalara ayakların günlük yıkanma, kurulama ve yağlanması eğitimi verilmelidir.

Sigara: Sigaranın bırakılması, kalp-damar. solunum sistemi hastalıklarını azaltacaktır.

Bağışıklama: Grip, pnömokok, tetanoz ve difteri aşılı yapılmalıdır. Difteri aşısı. 0,2 ve 6. aylarda yapılır, 10 yılda bir tekrarlanır.

Kanser taraması: Yaşlılarda kanser taraması rutin bir hizmet haline gelmelidir. Bu tarama için en uygun araç, kanserin 7 belirtisinin araştırılmasından İbaretir.

Görme ve işitme işlevlerinin korunması: Belirli aralıklarla hu iki duyunun muayenesi yapılmalıdır.

Nöro-psikiyatrik ve sosyal işlevler: Bu işlevler hekim tarafından belirli aralıklarla değerlendirilmeli, hastalık veya ameliyat geçirenlere özel dikkat gerekmektedir.

Anemi taraması: Anemi yaşlılarda daha sık görülmez ama, daha özel sorunlara işaret edebilir. Anemi bulunan yaşlıda gizli kanama odağı.

KAYNAKLAR

1. Biliker, MA: Kişisel görüşme- Genel Müdür Yardımcısı: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 1997.
2. Bilir N: Sık Görülen Kronik Hastalıklar. Turaman C (Ed,): Aile Sağlığı Programı Eğitim Seti: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü-Alman Teknik İşbirliği Kurumu (GTZ). Ankara, 1998; 8:16-38.
3. Erdal R: Halk Sağlığı Yönünden Yaşlılık. Kısa Dizi: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara. 1989; 89/50:1-29.
4. Eren, N: Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü, Ankara, 1982, 18:1-7.
5. Fillenbaum GG: Troisieme age et bien-etre. Publication Offset: Organisation Mondiale de la Sante. Geneve, 1986; 84:13-24. 43-45.
6. Kipp W, Kielmann AA, Kwered E, Merk G, Rubaalw T: Monitoring of primary health care services: an example from West-tern Uganda. Health policy and planning: 1994; 9(2): 155-160.
7. Michel JP: Primary care for the aged. World Health, Active Aging, 1997; 4:12-13.
8. The Right to Health. Human Development Report: UNDP. Ankara, 1998: 71-80.
9. Salia JK, Mavalankar DV, Sharma BH: Micro-level planning using rapid assessment for primary health care services. Health policy and planning 1994; 9(3):3 18-330.
10. Skeet M: Protecting the health of the elderly. Public Health in Europe: World Health Organisation. Copenhagen, 1983; 18:2-8, 19-21, 37-40.
11. Waters, WE, Heikkinen, E, Dontas, AS: Health, lifestyles and services for the elderly. Public Health in Europe: World Health Organisation, Copenhagen. 1989; 29:34-55, 75-112.
12. Vuori, H: The many faces of quality World Health. 1994; 5:10-11.
13. Preventing Disability in the Elderly. EURO Reports and Studies: World Health Organisation. Regional Office For Europe. Copenhagen, 1982; 65:4-7. 12-32.
14. Application de l'epidemiologie a l'etude du Vieilleissement Serie de Rapports Techniques: Organisation Mondiale de Sante, Geneve, 1984; 706:8-20, 35-44, 54-56.
15. Health of the Elderly. Technical Report Series: World Health Organisation, Geneva. 1989; 779:1-2. 36-62. 70-83.
16. National Health Policy of Turkey. Republic of Turkey, Ministry of Health, Health Project General Coordination Unit. Ankara, 1993: 67.
17. Country Health Report. Republic of Turkey, Ministry of Health. Directorate of External Relations. Ankara. 1997: 45-46.
18. Health For All For The Twenty First Century, The Health Policy for Europe. World Health Organisation, Regional Office For Europe, Copenhagen, 1997: 33.